



**SAVONIA**

OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO  
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

# ENSIMMÄISELLÄ LUOKALLA OLEVIEN LASTEN PELOT KOULUTERVEYDENHUOLLON NÄYTTEENOTOSSA

Analysointi piirustusmenetelmällä

TEKIJÄ/T: Nina Partanen  
Elisa Rinne

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma/Tutkinto-ohjelma Bioanalytiikan koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Nina Partanen & Elisa Rinne	
Työn nimi Ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelot kouluterveydenhuollon näytteenotossa – Analysointi piirustusmenetelmällä	
Päiväys 14.12.2017	Sivumäärä/Liitteet 40/9
Ohjaaja(t) Anne Karuaho	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Nilsin Yhtenäiskoulu	
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Ensimmäinen kouluvuosi on lapselle itsenäistymisen aikaa; lapsen elämänpiiri laajenee ja hän kokee päivän aikana paljon sellaista, mitä vanhemmat eivät näe. 6–7-vuotiaalla on usein myös erilaisia pelkoja, ja aiemmin hyvin sujuneet asiat voivat yhtäkkiä tuntua vaikeilta. Tutkimukset lasten peloista perustuvat yleensä aikuisten oletuksiin siitä, mikä tekee lapsesta pelokkaan. Vanhemman käsitys lapsen kokemasta pelosta on kuitenkin usein erilainen verrattuna lapsen todelliseen kokemukseen. Hyvä tapa saada informaatiota lasten peloista onkin kysyä niistä lapselta itseltään. Jos lasta ei oteta huomioon, ei voida ymmärtää hänen omia kokemuksiaan.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä selvitettiin ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelkoja kouluterveydenhuollon näytteenottoon liittyen piirustusmenetelmää käyttäen. Aineisto koostui 39:stä Nilsin Yhtenäiskoulun ensimmäisen luokan oppilaan piirustuksesta ja piirustusten mittarina käytettiin Child Drawing: (CD:H) -pistetaulukkoa. CD:H -pistetaulukko arvioidaan kolmea piirustusten osa-aluetta: A-osiossa arvioidaan kuvan minä-hahmoa, toimintaa, värejä, kuvan asettelua, ympäristöä sekä piirustusjälkeä (1–130 pistettä), B-osiossa kuvan osoittamaa ahdistuneisuutta (0–50 pistettä) ja C-osiossa kuvan yleisilmettä (1–10 pistettä). Tulosten tulkinnassa pelon taso on jaettu viiteen luokkaan: erittäin alhaiseen (alle 20 pistettä), alhaiseen (21–40 pistettä), keskimääräiseen (41–60 pistettä), keskimääräistä korkeampaan (61–80 pistettä) ja korkeaan (yli 81 pistettä). Toimeksiantaja työssä oli Nilsin Yhtenäiskoulu.</p> <p>Aineistoksi saatiin kerättyä tietoa lapsista, joiden pelon taso oli alhaista tai keskimääräistä. 54 prosenttia lapsista koki alhaista sekä 41 prosenttia keskimääräistä pelkoa. Vain viisi prosenttia lapsista koki keskimääräistä korkeammaksi luokiteltua pelkoa ja erittäin alhaista tai korkeaa pelon tasoa ei ilmennyt lainkaan. Lasten piirustuksissa eniten esille nousivat hoitohenkilökunta, tunteet hoitotoimenpiteet ja tilat. Tuloksia voidaan hyödyntää koulussa kertomalla lapsille enemmän kouluterveydenhuollosta, siihen liittyvistä tutkimuksista sekä puhumalla lasten mahdollisista epärealistista peloista. Lapsen pelko on yhteydessä moniin tekijöihin ja huolellisella valmistautumisella voidaan vähentää lasten pelkoja kouluterveydenhuollon näytteenotossa, jolloin myös hoidon laatu paranee.</p>	
<p><b>Avainsanat</b></p> <p>(CD:H) -piirustusmenetelmä, Lapsi, Pelko, Kipu, Ahdistuneisuus, Kouluterveydenhuolto, Koululainen, 6–7-vuotias</p>	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme in Biomedical Laboratory Science			
Author(s) Nina Partanen & Elisa Rinne			
Title of Thesis The fears of the first-grade children during sample collection in school - Analysis by drawing method			
Date	14.12.2017	Pages/Appendices	40/9
Supervisor(s) Anne Karuaho			
Client Organisation /Partners Nilsä Comprehensive School			
<p><b>Abstract</b></p> <p>The first school year is the time for the child to become independent; the child's life circle expands and he experiences a lot of things that parents do not see during the day. 6–7-year-old children often have a variety of fears, and easily done things can suddenly become difficult. Studies on the children's fears are usually based on the adult assumptions on what makes the child fearful. However, the parents' perception of the child's fears is often different from the child's actual experience. A good way to get information about the children's fears is to ask the child themselves. Children's experiences cannot be understood if they are not taken into account.</p> <p>This thesis investigated the fears of children in the first grade regarding the sampling of school health care using the drawing method. The material consisted of 39 Nilsä Comprehensive School first class pupils' drawings and Child Drawing: the (CD:H) –meter was used in the process of analysing. The (CD:H) –meter is used to evaluate three sectors of each drawing: part A evaluates me-figure, action, colors, use of paper, environment and strokes (13 to 130 points), part B evaluates high anxiety levels found in the drawing (0 to 50 points) and part C evaluates the overall impression of the drawing (1 to 10 points). In the interpretation of the results the fear level is divided in five categories: very low (below 20 points), low (21 to 40 points), average (41 to 60 points), above average (61 to 80 points) and high (over 81 points). The employer in this work was Nilsä Comprehensive School.</p> <p>The material was collected from children whose level of fears was either low or average. 54 percentage of children experienced low and 41 percentage average level of fear. Only five percentage of the children experienced fear level which was above the average and none experienced fear level of very low or high. The most expressed themes in the drawings were health care personnel, emotions, examinations and health clinics (rooms). These findings can be exploited in schools by educating the children on school health care, examinations related to it and by talking with children about their unrealistic fears. Children's fears are connected to many factors and children's fears in school health care can be reduced with careful preparation which also improves the quality of the treatment.</p>			
<p><b>Keywords</b></p> <p>(CD:H) -drawing method, Child, Fear, Pain, Anxiety, School Health Care, Schoolchild, 6–7-year-old</p>			

## SISÄLTÖ

1	JOHDANTO .....	5
2	6–7-VUOTIAS LAPSI JA KEHITYSVAIHEET .....	7
2.1	Lapsen kognitiivinen kehitys.....	7
2.2	6–7-vuotiaan lapsen kielellinen kehitys.....	8
2.3	Lasten pelot .....	8
2.3.1	6–7-vuotiaan kokema pelko.....	9
2.3.2	Fobia.....	10
2.3.3	Lasten pelkojen hallinta .....	10
2.3.4	Lasten pelkojen hallinta kouluterveydenhuollon näytteenotossa .....	11
2.4	Lasten kokema kipu .....	12
3	KOULUTERVEYDENHUOLTO .....	13
3.1	Näytteenotto kouluterveydenhuollossa .....	13
3.1.1	Laskimoverinäyte.....	13
3.1.2	Ihopistonäyte.....	14
3.1.3	Nielunäyte .....	14
3.1.4	Verinäytteenoton komplikaatiot.....	15
3.2	Kivunlievitys näytteenotossa .....	15
3.3	Pelkotilojen tunnistaminen kouluterveydenhuollon näytteenotossa.....	16
4	TAVOITE JA TARKOITUS .....	17
5	AINEISTO JA MENETELMÄT .....	18
5.1	Laadullinen tutkimus .....	18
5.2	Piirtäminen tutkimusmenetelmänä .....	18
5.3	Piirtäminen lasten tunteiden tutkimusmenetelmänä.....	20
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	21
6.1	Aikataulu ja resurssit .....	21
6.2	Tutkimustilanne .....	21
6.3	Esimerkki kuvan analysoimisesta .....	22
7	TUTKIMUSTULOKSET.....	27
7.1	Tulosten arviointimenetelmät .....	28
7.2	Tulosten arviointi .....	28
8	POHDINTA .....	31

8.1	Luotettavuus ja eettisyys .....	32
8.2	Ammatillinen kasvu .....	34
8.3	Jatkotutkimusaiheet .....	35
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT .....	36
	LIITE 1: PIIRUSTUSTEN PISTEYTYS .....	41
	LIITE 2: CD:H -PISTETAULUKON OSION A PISTEYTYS .....	43
	LIITE 3: CD:H -PISTETAULUKON OSIOIDEN B JA C PISTEYTYS.....	44
	LIITE 4: SUOMENNETTU OSION A PISTEYTYS .....	45
	LIITE 5: SUOMENNETTU OSIOIDEN B JA C PISTEYTYS.....	46
	LIITE 6: SUOMENNETTU CD:H -PISTETAULUKKO .....	47
	LIITE 7: VANHEMPIEN LUPA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN .....	48
	LIITE 8: REHTORIN LUPA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA.....	49

## 1 JOHDANTO

Nuorten lasten kypsymättömyydestä johtuen heidät on usein sivuutettu tunteidensa ja tarpeidensa esille tuojina tai heidät on koettu epäluotettavina tietolähteinä (Coyne 1998, 410; Coyne 2006, 63). Tutkimukset lasten peloista perustuvat yleensä aikuisten olettamuksiin siitä, mikä tekee lapsesta pelokkaan. Vanhemman käsitys lapsen kokemasta pelosta on kuitenkin usein erilainen verrattuna lapsen todelliseen kokemukseen. Hyvä tapa saada informaatiota lasten peloista onkin kysyä niistä lapselta itseltään. Lasten kokemuksia ei voida ymmärtää, jos heidän kertomuksiaan ei oteta huomioon. (Lahikainen, Kraav, Kirmanen & Taimalu 2006, 115. Mahat, Scoloveno & Cannella 2004, 302; Mahat & Scoloveno 2003, 311) 6–7 ikävuoteen mennessä myös lapsen kognitiiviset taidot ovat sen verran kehittyneet, että hän pystyy nimeämään ja määrittelemään pelkonsa entistä realistisemmin (Robinson, Robinson, Whetsell ja Weber 1986 Nicastron ja Whetsellin 1999, 393 mukaan).

Vuonna 1989 julkaistun lapsen oikeuksien julistuksen ja vuonna 1991 voimaan astuneen lapsen oikeuksien yleissopimuksen mukaan lapsella on oikeus ilmaista oma näkemyksensä kaikissa häntä koskevissa asioissa. Yleissopimus lapsen oikeuksista (1991/60, §12) sekä Suomen laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785, §7) korostavat alaikäisen potilaan mielipiteiden huomioimista hoito- toimenpiteissä silloin, kun se on hänen ikäänsä ja kehitystasoonsa nähden mahdollista. (Unicef s.a.; Yleissopimus lapsen oikeuksista 1991, §12; Laki lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä 1991; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992, §7.) Lapset ovat usein myös halukkaita keskustelemaan ja olemaan mukana päättämässä esimerkiksi heitä koskevia terveydenhuollon toimenpiteitä (Coyne 2006, 65). Lasten ja nuorten hoitotyön eettisenä ongelma- kohtana onkin ilmaisukyky. Lapsi ei välttämättä pysty verbaaliseen ilmaisuun, mikä vuoksi hän saat- taa jäädä huomiotta. Puutteellista ilmaisua aiheuttavat esimerkiksi lapsen kokema pelko, aikaisem- mat kokemukset ja luottamuksen puute. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 224–225.)

Idea opinnäytetyön aiheeseen kehittyi opinnäytetyöhön valmistelevan kurssin aikana. Aloitimme opinnäytetyömme vuotta aikaisemmin kuin oma vuosikurssimme ja saimme ideoida itse oman ai- heemme. Yhteinen kiinnostus löytyikin lasten näytteenotosta. Toisella opinnäytetyön tekijällä on vielä omakohtaista kokemusta, mikä toimi hänen osaltaan sytykkeenä aiheen tutkimisessa. 6–7-vuo- tiaana hän sai välitunnilla lumipallon silmään, minkä seurauksena päädyttiin kouluterveydenhuollon kautta sairaalaan tarkempiin tutkimuksiin. Tapauksesta jäi mieleen silmän tutkiminen kuuden ihmi- sen pitäessä kiinni. Jälkikäteen jo pelkän kouluterveydenhoitajan mainitseminen herätti pelkoa siitä, mitä kouluterveydenhoitajan vastaanotolla tehdään ja millainen henkilö siellä on vastassa. Tilan- teessa pelottivat myös muut ajatukset, kuten joudutaanko tutkimuksissa riisumaan vaatteet ja sat- tuuko, joudutaanko lähtemään sairaalaan ja jätetäänkö siellä yksin. Pelkoa ei aiheuttanut itse toi- menpide, vaan kaikki muu sen ympärillä.

Lasten näytteenottoa käydään läpi koulutuksen aikana ja se on myös iso osa esimerkiksi terveyskes- kuksissa työskentelevän näytteenottajan työtä. Siitä huolimatta koulutuksemme harjoittelujakso ei sisällä erikseen lasten näytteenottoa ja yleensä harjoitteluiden aikana bioanalyttikko-opiskelijat vain

avustavat lasten verinäytteenotossa. Harjoitteluiden aikana ja aiheeseen myöhemmin vielä enemmän tutustuessamme huomasimme nopeasti, että lasten kokemat pelot vaikuttavat vahvasti näytteenoton sujuvuuteen. Toisaalta tästä aiheesta vaikutti myös olevan hyvin vähän tutkittua tietoa. Näin opinnäytetyömme aiheeksi valikoituivat lasten näytteenottopelot. Tutkimusryhmäksi päätimme rajata juuri koulunsa aloittaneet lapset, jotka ensimmäistä kertaa käyttävät itsenäisesti kouluterveydenhuollon palveluja. Tutkimus suoritetaan lapsilähtöisesti ja haastattelut toteutetaan piirustusmenetelmää käyttäen. Valitsimme piirustusmenetelmän, koska ensimmäisellä luokalla olevat lapset vasta opettelevat lukemista ja itsensä ilmaisua kirjoittamalla (Opetushallitus 2004, 46–49; Lerkkanen, Poikkeus & Ketonen 2007, 20–21). Menetelmää käyttämällä haluamme poistaa haastatteluissa tapahtuvan johdattelun mahdollisuuden ja annamme lapsen ilmaista ajatuksensa luovasti.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää alakoulun ensimmäisellä luokalla opiskelevien 6–7-vuotiaiden lasten kouluterveydenhuollon näytteenottoon liittyviä pelkoja piirustusmenetelmää käyttäen. Tavoitteena on tuottaa niin kouluterveydenhoitajille kuin opettajillekin tietoa lasten kouluterveydenhuollon näytteenottoon liittyvistä peloista ja pelkojen hallinnan menetelmistä. Piirustusmenetelmän mittarina sovelletaan Clatworthyn, Simonin ja Tiedemanin (1999a) Child Drawing: (CD:H) -pistetaulukkoa. Opinnäytetyö suoritetaan yhteistyössä Nilsin yhtenäiskoulun henkilökunnan ja kouluterveydenhuollon kanssa.

## 2 6–7-VUOTIAS LAPSI JA KEHITYSVAIHEET

Lapsi aloittaa koulunkäynnin 6–7-vuoden iässä, mikä tuo uusia asioita koko perheen arkeen. Lapsen elämänpiiri laajenee tutun kotiympäristön ulkopuolelle ja lapsen itsenäisyys lisääntyy; hän tapaa uusia ihmisiä, löytää uusia mielenkiinnon kohteita ja kokee päivän aikana paljon sellaista, mitä vanhemmat eivät näe. Vanhempien tehtävänä on kannustaa, tukea ja rohkaista lasta selviämään itsestään näissä tilanteissa. (Mannerheimin lastensuojeluliitto s.a. a.)

6–7-vuotiaalla on usein myös erilaisia pelkoja ja aiemmin hyvin sujuneet asiat, kuten vieraiden luo hoitoon jääminen ja yökyläily, voivat yhtäkkiä tuntua vaikeilta. Lapsi alkaa myös pohtia elämän alkamiseen ja päättymiseen liittyviä asioita sekä ymmärtää kuoleman lopullisuutta. Pelon kohteeksi voiakin muodostua oma kuolema tai vanhempien sairastuminen. Lapsi tarvitseekin aikuisen kuuntelemaan, keskustelemaan, vastaamaan häntä arveluttaviin kysymyksiin sekä tekemään olonsa turvalleksi. (Mannerheimin lastensuojeluliitto s.a. b.)

### 2.1 Lapsen kognitiivinen kehitys

Jotta lasten piirustuksia voidaan tulkita, on hyvä tietää lapsen iän mukaisesta kehityksestä. Halimaa (1996) määrittelee kognitiivisen kehitystason lapsen kyvyksi käsitellä sisäisesti niitä symboleja, joita hänellä todellisuudessa on. Kognitiiviseen kehitykseen kuuluvat ajattelu, havainnointi ja kieli. Nämä taidot kehittyvät päivittäisessä kanssakäymisessä aikuisen ja lapsen välillä, jossa lapsi jäsentää ympäristöään ja omaksuu asioita leikin kautta. (Lyytinen & Korkiakangas 1998, 112–121.)

Käyttäytymispsykologi Piaget'n (1972) teorian mukaan lapsi käy läpi neljä kognitiivisen kehityksen vaihetta: sensomotorisen vaiheen (0–2 vuotta), esioperationaalisen vaiheen (2–6/7 vuotta), konkreettisten operaatioiden vaiheen (6/7–12 vuotta) ja formaalisten operaatioiden vaiheen (12–16 vuotta) (Vilkko-Riihelä 1999, 209; Halimaa 1996, 3). Tutkimukseen valitut lapset ovat siis siirtyneet tai siirtymässä esioperationaalisesta vaiheesta konkreettisten operaatioiden vaiheeseen. Konkreettisten operaatioiden vaiheen aikana lapsi alkaa nähdä monia asioita jo muiden kuin itsensä näkökulmasta ja pystyy asettumaan toisen asemaan. Hän pystyy myös kielellisiin ja matemaattisiin päättelyihin ja loogisuus lisääntyy. Vaikka ajattelu on vielä sidoksissa konkreettiseen todellisuuteen, muuttuu se myös laaja-alaisemmaksi. Tällöin lapsi ei enää samalla tavalla usko välittömiin havaintoihin, vaikka havainnot edelleen näyttelevät suurta osaa päättelyssä. Ajattelu on kuitenkin vielä hyvin mi-näkeskeistä ja lapsen toiveet ja pelot kohdistuvat lapseen itseensä sekä hänen lähipiiriinsä. (Vilkko-Riihelä 1999, 214–215; Halimaa 1996, 3.)

Lapsen ajattelutaidot, muun muassa johdonmukainen ajattelu ja älyllinen päättely, kehittyvät pikkuhiljaa koko kouluajan. Lapsen on helpointa ajatella asioita, jotka ovat nähtävissä, kokeiltavissa tai jotka voi tuntea. Kokemukset antavat lapselle perusteet päättelyyn. Lapsesta on mukava jakaa ajatuksiaan ja pohtia asioita yhdessä vanhemman kanssa. Koulunsa aloittavan lapsen ajattelu on yhä konkreettista ja hän ei ymmärrä tai huomaa kielen ironiaa, humoristisia eikä abstrakteja merkityksiä.



Säilyvyyden käsite alkaa kuitenkin selkeytyä ja lapsi esimerkiksi ymmärtää saavansa yhtä paljon pul-  
laa, olipa sama taikinan pala leivottu pyöreäksi tai pitkoksi. (Mannerheimin lastensuojeluliitto s.a. c.)  
Myös lapsen kielelliset valmiudet kehittyvät ja hän kykenee ilmaisemaan kipukokemuksen verbaali-  
sesti. Lapsi voi näyttäytyä urheana, mutta urheuden takana voi olla pelkoa. Kipu ja sen tuomat rajoi-  
tukset voivat olla vaikeita, vaikka lapsi ei sitä näytä. 7–11-vuotiaat lapset ovat yleensä jo asiallisia ja  
järkeviä, mutta heidän mielikuvituksensa ja ympäristön käyttämä kieli voivat aiheuttaa väärinymmär-  
ryksiä, joista ei uskalleta puhua. (Minkkinen 1984 Halimaan 1996, 5 mukaan.)

## 2.2 6–7-vuotiaan lapsen kielellinen kehitys

Tutkimuksen ikärajaus on määritelty juuri koulunsa aloittaneisiin 6–7-vuotiaisiin lapsiin. Rajauksen  
ajatuksena oli, että tutkimuksen lapset vasta opettelevat lukemista ja itsensä ilmaisua kirjoittamalla.  
Ensimmäisellä luokalla lapset harjoittelevat kielellisen ymmärtämisen taitoja, kielellistä tietoisuutta,  
kirjoittamista ja lukemista ja nämä taidot myös kehittyvät voimakkaasti ensimmäisen kouluvuoden  
aikana. (Opetushallitus 2004, 46–49; Lerkkanen ym. 2007, 20–21.)

Kirjoitustaitoa vasta opeteltaessa joudutaan harjoittelemaan paljon kirjoituksen muotoon eli ulko-  
asuun liittyviä taitoja, kuten kielelle ominaisten kirjoitusmerkkien sujuvuutta ja käsialaa. Kirjoittami-  
sen perustekniikan kehittyessä voidaan alkaa keskittyä myös tekstin sisältöön eli sanomaan, minkä  
kirjoittaja haluaa tekstillään välittää lukijalle. (Ahvenainen & Holopainen 2005, 26–27.) Alkuvai-  
heessa lukemisen sujuvuuteen vaikuttaa luetun ymmärtämisen kehitys eli miten hyvin lapsi hallitsee  
sanojen ääntämisen ja millaiset ovat hänen nimeämistaitonsa (de Jong & van der Leij 2002). Mitä  
sujuvammin lapsi oppii sanojen lukemisen, voi hän sitä enemmän keskittyä itse tekstin ymmärtämi-  
seen (Lerkkanen ym. 2007, 21).

## 2.3 Lasten pelot

Tunteet voidaan luokitella positiivisiin ja negatiivisiin emootioihin. Positiivisiksi luokitellaan esimer-  
kiksi rakkaus ja onnellisuus, negatiiviksi taas pelko, suru ja viha. Varsinkin pelkoa pidetään pahana,  
vahingollisena ja jopa tuhoavana tunteena. (Stein & Jewett 1986 ja Fischer, Shaver & Carnochan  
1989 Kirmasen 2000, 41 mukaan.) Mahat, Scoloveno ja Cannella (2004, 303) lainaavat artikkelis-  
saan Urdangia ja Flexneriä (1988, 511) määrittelemällä pelon ahdistavaksi tunteeksi, minkä voi ai-  
heuttaa kivun, vaaran tai muun vastaavan uhka sen todellisuudesta riippumatta. Pelko voidaan myös  
määritellä varautumiseksi tulevaan vammaan, kipuun tai menetykseen. Pelon kohde voi olla mikä  
vain kohde tai käsite, jonka lapsi odottaa aiheuttavan jotain edellä mainituista. (Robinson & Rotter  
1991.)

Pelko voidaan nähdä myös osana ihmisen biologista hälytysjärjestelmää, joka valmistelee yksilön  
pakenemaan. Pelko voikin olla joissain määrin hyödyllinen ja jopa tarpeellinen tunne, sillä se opettaa  
lapsen tietoiseksi ympärillään olevista vaaroista. Pelolla on siis positiivinen merkitys niin yksilön (vaa-  
rojen tunnistaminen, pakeminen ja hengissä säilyminen), yhteiskunnan (normien vahvistaminen ja  
ylläpitäminen) kuin koko ihmislajin (lajin henkiinjääminen) kannalta (Kirmanen 2000, 41; Mathews

1990 Silvermanin, LaGrecan ja Wassersteinin 1995, 672 mukaan; Robinson ym. 1991; Storvik-Sydänmaa, Talvensaari, Kaisvuori & Uotila 2012, 308).

### 2.3.1 6–7-vuotiaan kokema pelko

Kouluikäisten lasten pelot sisältävät usein yliluonnollisia elementtejä, jotka syntyvät lasten mielikuvituksen ja kognitiivisten taitojen kautta. Pienet lapset eivät välttämättä ymmärrä eroa todellisuuden ja mielikuvituksen välillä, ja lapsen pelko onkin aina todellinen riippumatta siitä, kuinka mielikuvituksellista tai yliluonnolliselta se voi kuuntelijasta vaikuttaa. (Robinson ym. 1986 Nicastron ym. 1999, 393 mukaan.) Nicastro ja Whetsell (1999, 393) lainaavat artikkelissaan myös Ausubelia ja Sullivania (1970), joiden mukaan pelot kehittyvät lapsen puutteellisista kognitiivisista taidoista. Robinsonin ja Rotterin (1991) ehkäisevän mallin mukaan pelot tulee ymmärtää lapsikohtaisesti. Vaikka lapset pelkäävät tietyssä iässä samankaltaisia asioita, ovat pelot silti lasten tavoin yksilöllisiä; kaikki lapset eivät pelkää samoja asioita tai hallitse pelkojaan samoilla tavoilla.

Lapset eivät myöskään reagoi aikuisten tavoin pelkoihin; Nicastron ja Whetsellin (1999, 393) lainaamat Rotter ja Robinson (1987) huomauttavat, että lapsilla ei ole aikuisten lailla kokemusta ymmärtää pelon ja stressin välistä yhteyttä, tai heidän omaa reaktiota tilanteeseen. Lapset myös käsittelevät pelkoa herättäviä tapahtumia vaihtelevalla menestyksellä. Koettu pelko on yhteydessä lapsen käsitykseen omasta haavoittuvuudestaan; pelon kohdetta verrataan käsitykseen omasta itsestään, sekä omiin voimavaroihin. Jos lapsi kokee omaavansa riittävät voimavarat, voi hän kohdata pelon itsevarmasti, mikä taas voi vähentää itse pelkoa. Mitä enemmän lapsi kokee vastaavia tilanteita, sitä vahvemmaksi hän myös kokee itsensä. Vastaavasti epäonnistumiset saavat lapsen tuntemaan itsensä entistä haavoittuvaisemmaksi. (Robinson ym. 1991; Nicastro ym. 1999, 393.)

Lapset ilmaisevat pelkoaan eri tavoin ja pelko voi ilmetä esimerkiksi itkuna, potkimisena, huitomisena, sanallisena vastustuksena, ruokahaluttomuutena tai lapsen vetäytymisenä omiin oloihinsa (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 309–310). Menetelmät joilla lapsia kannustetaan ilmaisemaan pelkojaan ovat muun muassa piirtäminen, maalaaminen, savityöt, päiväkirjan kirjoittaminen, uskonto sekä rentoutuminen. Ystäville, perheelle tai opettajalle puhuminen ovat myös esimerkkejä lapsen käyttämästä onnistuneesta menetelmästä pelkojensa hallitsemiseksi. (Nicastro ym. 1999, 397.)

Pelot ovat luonnollinen osa lapsen normaalia kehitystä ja ne myös muuttuvat iän mukana (Nicastro ym. 1999, 393). Kouluikäisellä lapsella tyypillisiä pelkoja ovat pistämisen, kehon vahingoittumisen sekä tutkimusten ja hoitotoimenpiteiden aiheuttamat pelot. Myös yksin jääminen, tutkimus- ja hoitotilanteissa tapahtuva rajoittaminen sekä sairauksien aiheuttamat muutokset kehon kuvassa voivat aiheuttaa pelkoa. Kun kouluikäinen lapsi alkaa ymmärtää kuoleman merkityksen ja sen lopullisuuden, voi se nousta yhdeksi pelkojen aiheeksi. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 309.) Pelkoihin on tutkittu vaikuttavan muun muassa lapsen iän, sukupuolen, kehitysvaiheen, ympäristön, sosiaalisen aseman, kulttuurin ja perheen välisten ihmissuhteiden. (Robinson ym. 1991; Mahat ym. 2004, 306; Mahat ym. 2003, 306; Hamunen 2009b.)

### 2.3.2 Fobia

Lapsen pelko ei kuitenkaan ole sama asia kuin fobia eli määräkohteinen pelko, mikä voidaan määrittellä rajuna, pysyvänä ja epäloogisena tietyn kohteen, toiminnan tai tilanteen pelkona, mitä lapsi ei pysty kontrolloimaan. Pelot voivat olla erilaisia ja kohdistua esimerkiksi pistoksiin, veren näkemiseen, tiettyihin tilanteisiin, kuten suljettuihin tiloihin tai outoihin vaatteisiin. Pelkoa herättävälle kohteelle altistuminen aiheuttaa lähes välittömän ahdistusreaktion, joka voi olla luonteeltaan myös paniikki-kohtaus. Esimerkiksi veren näkemistä pelkäävät saattavat pyörtyä verinäytettä otettaessa. (Huttunen 2015; Huttunen 2016.)

Lapsi ei ymmärrä aikuisen tavoin reaktionsa liiallisuutta ja pelko voi purkautua itkuna, raivokohtauksena, tarrautumisenä tai jähmettymisenä. Lieväasteisina erilaiset pelot ovat hyvin yleisiä erityisesti lapsuudessa ja ne häviävät yleensä itsestään iän karttuessa. Pelkoja voivat aiheuttaa traumaattiset kokemukset, väkivaltaiset tilanteet ja turvattomuus. Niitä voivat myös lisätä esimerkiksi vanhempien turha pelottelu. (Huttunen 2016.)

### 2.3.3 Lasten pelkojen hallinta

Pelkojen hallinta on prosessi, jota käytetään muuttamaan, hallitsemaan tai kestämään stressiä aiheuttava tilanne. Yksilön suosima hallintamenetelmä on yhdistelmä hänelle ominaista luonnetta sekä arvio tilanteen kuormittavuudesta. Tutkijat ovat tyypillisesti jakaneet lasten käyttämät hallintamenetelmät kahteen kategoriaan: välttelevään ja varautuvaan. Välttelevä hallintaa tapahtuu, kun lapsi rajoittaa ajatuksiaan tulevasta tapahtumasta, kieltää huolensa ja irrottautuu stressaavasta ärsykkeestä. Varautuvan hallinnan menetelmät sisältävät yksityiskohtaisen tiedon hankinnan sekä valppauden ärsykettä kohtaan. LaMontagne, Hepworth, Johnson ja Cohen (1996) havaitsivat, että varautuvaan hallintamenetelmään liittyi nopea paluu normaaliin toimintaan. (Koller 2008, 4.)

Nuoremmat lapset pelkäävät todennäköisemmin asioita, joista heillä ei ole aiempia kokemuksia. Murrosikäisillä voi olla enemmän tietoa ja kokemusta näistä pelätyistä tapahtumista tai tilanteista ja sen takia he voivat myös pelätä niitä vähemmän. (Ingman, Ollendick & Akande 1999, 344.) Monet lasten peloista ovat luonteeltaan ohimeneviä ja ne voivat ilmestyä lapsille lähes samassa iässä. Kun lapset oppivat käsittelemään kutakin pelkoa, katoavat ne ilman suurempaa häiriötä ja opettavat samalla lapselle joustavia tapoja hallita pelkojaan. Joillekin tämä voi olla kivuliaampi kokemus kuin toisille, kuten monet normaalit oppimisprosessit yleensä. (Robinson ym. 1991.)

Lapselle mielikuvitusleikit ovat tapa helpottaa pelkoja ja tehdä tuntematon tapahtuma tutuksi. Lasta auttaa, kun hän saa kosketella ja tutustua näytteenottovälineisiin jo ennakoon. Kouluikäisen lapsen pelkojen lievittämisessä tulisi ottaa huomioon lapsen yksilöllisyys ja hyväksyä lapsen pelot. Pelot nähdään osana lapsen luonnollista kehitystä ja ne yleensä lievenevät itsestään iän myötä. (Ivanoff ym. 2001, 91–93; Nicastro ym. 1999, 392; Huttunen 2015.) Barclay ja Whittington (1992) kertoivat positiivisista tuloksista koskien kirjallisuuden ja luovien aktiviteettien käyttämistä, kun lapsia kannus-

tettiin voittamaan pelkonsa. Luovat lähestymistavat auttoivat lapsia keskustelemaan avoimesti pe-loistaan, tunteistaan ja käsittelemään pelkojaan. Lapset voivat aktiivisesti olla mukana etsittäessä käytännön tapoja, joiden avulla käsitellään pelkoa aiheuttavia tapahtumia. Lapsia voi kannustaa käymään avointa keskustelua pelosta, jotta pelkojen hallintaa saadaan kehitettyä. (Nicastro ym. 1999, 397.)

#### 2.3.4 Lasten pelkojen hallinta kouluterveydenhuollon näytteenotossa

Lapsen huolellinen valmistaminen näytteenottoon lisää luottavaisuutta ja turvallisuuden tunnetta hoitohenkilökuntaa kohtaan sekä vähentää koettua ahdistusta ja lapsen poikkeuksellista käyttäytymistä niin näytteenotossa kuin sen jälkeenkin. Kouluikäisen toimintaan näytteenotossa voivat vaikuttaa sekä hoitohenkilökunta että vanhemmat. (Ivanoff ym. 2001, 104–105; Crnkovic, Branka & Zeljka, 2009, 127; Pelander & Leino-Kilpi 2010, 729, 731–732.)

Tieto näytteenotton menemisestä annetaan kouluikäiselle lapselle hyvissä ajoin, jotta hän voi varautua tulevaan ja sopeutua ajatukseen. Lapselle selvitetään lääkärille menon syy, sekä suoritettavasta näytteenotosta kerrotaan yksinkertaisesti ja totuudenmukaisesti. (Ivanoff ym. 2001, 104–105, 108.) Valmisteltaessa lasta näytteenottoon hoitohenkilökunnan on tärkeää luoda lapseen ja perheeseen hyvä kontakti heti alusta alkaen. Luottamuksellisen yhteyden luomisen jälkeen lapselle voidaan selvittää hänen ikätasostaan riippuen tulevan toimenpiteen tarkoitus, kulku ja seuraukset pääpiirteissään. Tärkeintä kommunikaatiossa ovat rehellisyys ja empatia. (Hamunen 2009b.) Lapsen pelkojen selvittäminen etukäteen antaa hoitohenkilökunnalle mahdollisuuden poistaa epärealistisia pelkoja jo ennen näytteenottoa (Flinkman & Salanterä 2004, 130). Ennen näytteenottoa lapsen voidaan esimerkiksi antaa tutustua näytteenottohuoneeseen tai tutkimusvälineisiin ja -laitteisiin. Näytteenottojännitystä voidaan helpottaa valokuvilla ja kertomalla näytteenottoon liittyvien välineiden toiminnasta. Näytteenoton aiheuttamaa kipua ei tule kieltää, vaan sitä tulisi kuvailla väärin mielikuvien poistamiseksi. Kipua voidaan kuvata esimerkiksi pistäväksi tai rutistavaksi. Keskeistä on rohkaista lasta välineiden kokeilemiseen, kysymysten esittämiseen ja tunteidensa ilmaisuun. (Ivanoff ym. 2001, 104–106, 108.)

Näytteenoton aikana lapsen huomio voidaan yrittää kääntää toisaalle mielikuvien tai toiminnan avulla. Hänelle voidaan myös antaa tehtävä, esimerkiksi käden paikallaan pitäminen ja sideharsorullan puristaminen. Tehtävän suorittaminen mahdollistaa lapsen osallistumisen tilanteeseen ja vähentää näin ulkopuolisuuden ja näytteenoton kohteena olemisen tunnetta. Näytteenoton jälkeen lapsen annetaan kertoa kokemuksistaan niitä vähättelemättä. Positiivinen sanallinen ja fyysinen palaute kohottavat lapsen itsetuntoa ja ovat tärkeitä, vaikkei lapsi olisikaan ollut yhteistyökykyinen näytteenoton aikana. Myös pienet palkinnot, kuten tarrat, kannustavat lasta selviytymään näytteenotosta myös tulevaisuudessa. (Ivanoff ym. 2001, 106.)

## 2.4 Lasten kokema kipu

IASP eli Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys määrittelee kivun epämiellyttäväksi aistimukselliseksi ja tunnepohjaiseksi kokemukseksi, joka liittyy todelliseen tai mahdolliseen kudosaaurioon tai jota voidaan kuvailla samoin (International Association for the Study of Pain 2012). Lasten hoitotyössä kipu ja kivun pelko ovat läsnä päivittäin. Pieni lapsi ei ymmärrä kipua aiheuttavia toimenpiteitä, mistä johtuen ne voivat aiheuttaa pelkoa. Vaikka näytteenottoon liittyvä kipu olisikin vähäistä, voi tilanteeseen liittyvä pelko pahentaa sitä. Näytteenotossa lapselle jää helposti mieleen kipu ja hätä aikuisten pitäessä väkisin kiinni, mikä saa hänet taistelemaan seuraavalla kerralla vielä voimakkaammin vastaan. Usein näytteenotossa ongelmana onkin kipu-pelko-ahdistus-vyyhti, jonka purkaminen sen jo kehityttyä on haasteellista. (Halimaa 1996, 8; Hamunen 2009b.)

Pelkojen tapaan myös kipu on aina yksilöllinen kokemus ja sitä voidaan ilmaista monin eri keinoin. Kipua voidaan ilmaista sekä verbaalisesti että nonverbaalisesti: käyttäytymisellä, kielellisesti kuvailemalla, elein tai ilmein. Kipu voidaan tuoda julki myös passiivisesti ja lapsi voi kivun hetkellä olla hiljaa paikallaan ajatellen kivun kestäessä jotain mieluisaa. (Ivanoff ym. 2001, 191.) Koettu kipu voi olla fyysistä tai psyykkistä ja itse kipuun tai sen ilmaisuun vaikuttavat muun muassa lapsen ikä, sukupuoli, mieliala, ympäristö, kognitiivinen ja kielellinen kehitys, koettu pelko, aiemmat kipukokemukset, lapsen suhteet vanhempiansa, kulttuurinen kasvatus sekä lapsen ymmärrys sairaudesta ja tehtävistä toimenpiteistä. (Hamunen 2009a; Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 21; Ivanoff ym. 2001, 191.) Näytteenottajien tulisikin opetella tunnistamaan eri-ikäisten lasten kivun merkit sekä hyödyntää enemmän lapsen omaa tietoa kysymällä lapselta itseltään hänen kipukokemuksistaan ja miten niitä voitaisiin helpottaa (Ivanoff ym. 2001, 192; Hamunen 2009a).

### 3 KOULUTERVEYDENHUOLTO

Kouluterveydenhuolto on tarkoitettu peruskoulun oppilaille ja sen palvelut ovat saatavilla koulupäivän aikana koululta tai sen välittömästä läheisyydestä. Kouluterveydenhuolto on oppilaille maksutonta. Kouluterveydenhuollosta säädetään terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) ja sitä ohjaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.)

Kouluterveydenhuoltoon kuuluu oppilaan kasvun, kehityksen, terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja seuranta, kouluympäristön terveellisuuden, turvallisuuden sekä koulu yhteisön hyvinvoinnin edistäminen ja seuranta. Lisäksi se sisältää vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukemisen sekä oppilaan suun terveydenhuollon. Kouluterveydenhuollon piiriin kuuluvat myös erityisen tuen tai tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen ja tukeminen, pitkäaikaisesti sairaan lapsen omahoidon tukeminen, sekä tarvittaviin jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen ja oppilaan terveydentilan toteamista varten tarpeelliset erikoistutkimukset. Peruskoulun aikana järjestetään myös kolme laajempaa terveystarkastusta, joissa selvitetään koko perheen terveyttä ja hyvinvointia. Näiden terveystarkastusten tarkoituksena on tunnistaa tuen tarpeet mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja vahvistaa vanhempien tukea. (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

#### 3.1 Näytteenotto kouluterveydenhuollossa

Näytteenoton tavoitteena on saada mahdollisimman edustava ja laadukas näyte tutkimuksen näytteenotto-ohjeita noudattaen (Huotari & Risteli 2016). Näytteenottotavan valinta perustuu ohjeisiin, otettavien tutkimusten valikoimaan, kokonaisnäytemäärään, eri näytteenottotapojen käyttömahdollisuuksiin sekä lapsen mahdollisiin pelkoihin ja mieltymyksiin. Haasteina lasten näytteenotoissa voivat olla lapsen fyysinen koko ja sen vaikutus esimerkiksi kehon verimäärään tai suonten kokoon, lapsen ymmärrys tilanteesta ja lapsen kyky toimia ohjeiden mukaisesti esimerkiksi näytteenottotilanteessa tai näytteenottoon valmistauduttaessa. (Nikiforow 2004; Nikiforow, Kangas & Mäki 2015.)

Näytteenottotapahtuman tulisi olla potilaalle mahdollisimman miellyttävä ja kivuton kokemus. Lapsen hyvä valmistaminen onkin kaiken perusta. Lapsen vastustelu näytteenottotilanteessa, itku ja hikoilu voivat johtaa näytteenoton epäonnistumiseen. Myös vanhemmilla on suuri merkitys näytteenoton kannalta suotuisan ilmapiirin luomisessa. (Nikiforow 2004; Nikiforow ym. 2015.)

##### 3.1.1 Laskimoverinäyte

Verinäytteet otetaan ensisijaisesti laskimosta, koska laskimosta otettava verinäyte voidaan vakioida muita näytteenottotapoja helpommin ja viitearvot on laadittu laskimonäytteille. Näyte voidaan ottaa vakuumi-, siipineula-, avo- tai ruiskumenetelmällä. Siipineulaa käytetään lasten näytteenotossa, koska siipineulaa käytettäessä lapsen käden mahdollinen liikkuminen ei haittaa näytteenottoa. Avo-tekniikkaa käytetään, kun verisuonet ovat hyvin pienet, hauraat tai jos huomataan, että vakuuminäytteenotto ei onnistu. Hyvin pienten, vaikeiden suonten näytteenotossa voidaan käyttää myös

neonataalineulaa, jossa ei ole neulan kantaosaa. Näytteenottaja valitsee näytteenottotavan ja pistotekniikan otettavien tutkimusten, potilaasta johtuvien seikkojen sekä omien taitojensa mukaan. (Nikiforow ym. 2015.)

Yleensä näyte otetaan istuma-asennossa. Potilas istuu näytteenottotuolissa tukevasti selkänojaan nojaten niin, ettei hän pääse pyörtyessään putoamaan. Lapset istuvat aikuisen sylissä tai yksin näytteenottotuolissa, jolloin aikuinen pitää lasta paikoillaan. Jos potilaalla on taipumus pyörtyä näytteenotossa, voidaan näytteet ottaa makuuasennossa. Näytteenoton aikana suussa ei saa olla mitään sellaista, mikä voisi joutua hengitysteihin, esimerkiksi makeisia tai purukumia. Näytteenottaja neuvoo lasta, kuinka näytteenotto onnistuu parhaiten eikä käsi liiku. Näytteenoton aikana lasta kannustetaan pitämään kätensä paikoillaan, vaikka pisto tuntuisikin ikävältä. (Nikiforow ym. 2015.)

### 3.1.2 Ihopistonäyte

Useat eri laskimoverinäytetutkimukset voidaan lapsilla korvata sormenpäältä otettavalla ihopistoverinäytteellä. Ihopistonäytteen etuina ovat muun muassa suonten säästyminen, pienet näytemäärät ja näytteenoton vaivattomuus potilaalle, jolloin esimerkiksi lapsen vastustelu vähenee. Ihopistosnäytettä ei kuitenkaan suositella otettavaksi, jos tutkimuksen tulostason on odotettavissa muuttuvan kudosneste kontaminaation, hemolyysin tai muun syyn takia. (Nikiforow, Kangas & Mäki 2017.)

Ihopisto- eli kapillaariveren koostumus on lähempänä valtimo- kuin laskimoverta. Koostumus myös vaihtelee enemmän kuin laskimoveren riippuen paikallisesta verenkierrosta ja lämpötilasta. Hyvälaatuinen ihopistonäyte saadaan parhaiten lämmitetystä sormenpäältä, kun lapsi ei jännitä tai vastusta näytteenottoa. Ihon lämmittäminen juoksevan veden alla ennen näytteenottoa parantaa verenkiertoa ja helpottaa näytteen ottamista. Ennen näytteenottoa kädet kuivataan hyvin. Näytettä otettaessa lapselta voi avustavan henkilön läsnäolo olla tarpeen lapsen rauhoittamiseksi ja turvallisuuden tunteen lisäämiseksi. (Nikiforow ym. 2017.)

### 3.1.3 Nielunäyte

Kurkkukipu on lasten yleinen lääkäriin hakeutumisen syy. Nieluviljelyä käytetään yleensä ylähengitystieinfektioiden, mukaan lukien streptokokkitonsilliitin eli nielutulehduksen, diagnostiikkaan etenkin lapsilla. Joissain tapauksissa lapsen streptokokkitulehdus voidaan todeta ilman laboratoriokokeita, mutta useimmiten diagnoosi edellyttää streptokokkibakteerin toteamista nielunäytteestä. Näyte bakteeriviljelyä tai pikatestiä varten saadaan pyyhkäisemällä lapsen nielua pumpulitikulla. Pikatestin tulos saadaan jo kymmenessä minuutissa ja pikatestiä luotettavamman bakteeriviljelyn vastaus seuraavana päivänä. (Huslab 2017; Jalanko 2009.)

Ennen kuin näyte otetaan, on huomioitava nieluviljelyn tulokseen mahdollisesti vaikuttavat tekijät. Niitä ovat muun muassa syöminen, juominen ja nielua desinfioivien tablettien tai nesteiden käyttö. Myös veden juomista tulisi välttää tunti ennen näytteenottoa, sillä se voi vähentää bakteerien määrää nielussa. (Koskela, Nauha & Kursula 2014.)

### 3.1.4 Verinäytteenoton komplikaatiot

Laskimoverinäytteenoton yleisin komplikaatio on mustelma eli hematooma. Mustelma syntyy, kun verta pääsee vuotamaan suonesta ihonalaisiin kudoksiin joko pistohetkellä tai sen jälkeen, esimerkiksi jos neulan kärki ei ole kokonaan suonen sisällä tai se pääsee lävistämään suonen. Mustelma voi syntyä myös myöhemmin, jos potilas ei paina pistokohtaa tai näytteenottokättä rasitetaan heti näytteenoton jälkeen. Komplikaationa mustelma on vaaraton ja pistoskohdan verenvuoto lakkaa yleensä parissa minuutissa. Mustelma voi muodostua myös ihopistonäytteenoton yhteydessä. (Nikiforow ym. 2015; Huotari ym. 2016; Nikiforow ym. 2017.)

Pyörtyminen on lyhyt ja äkillinen tajunnan menetys, joka johtuu näytteenoton yhteydessä yleensä potilaan jännittämisestä. Pyörtyminen voi liittyä myös neulan tai veren näkemiseen. Jos lapsella on taipumusta pyörtymiseen tai pahoinvointiin näytteenoton yhteydessä, voidaan näytteiden otto tehdä makuulla. Potilaan jännittäminen ja neulan tai veren näkeminen voi myös laukaista hyperventilaation, jolloin potilaan hengitys tiheenee ja syvenee. Oireina voi olla muun muassa heikotusta, hui- mausta sekä sormien ja suun ympäristön pistelyä. Potilaan rauhoittaminen keskustelemalla auttaa yleensä hyperventilaation laukaisemisessa. (Huotari ym. 2016; Nikiforow ym. 2015.)

### 3.2 Kivunlievitys näytteenotossa

Kivunlievitys kuuluu hyvään hoitokäytäntöön esimerkiksi lasten verinäytteenoton yhteydessä. Käytettävät kivunlievitysmenetelmät voidaan jakaa lääkkeellisiin eli farmakologisiin ja lääkkeettömiin menetelmiin. Usein paras tulos saavutetaan yhdistelemällä sopivissa määrin näitä menetelmiä. (Hamunen 2009b; Hamunen 2009c.)

**Lääkkeellinen kivunlievitys.** Verinäytteenotossa näytteenottoa voidaan puuduttaa iholle käytettävällä paikallispuudutteella, esimerkiksi Emla-emulsiovoiteella. Puudutusvoiteen tehoon vaikuttavat käytetyn voidekerroksen paksuus, vaikutusaika sekä peittävä sidos. Emla puuduttaa ihon pinnan ja poistaa tilapäisesti kivun tunteen, mutta kosketus ja paine ovat edelleen tunnettavissa. Emlan haittavaikutuksena on puuduttavan alueen turvotus, mistä johtuen suonituntuma voi hävitä. Lapsilla puudutteen annetaan vaikuttaa noin yhden tunnin ja se suositellaan poistettavaksi iholta viisi minuuttia ennen näytteenottoa mahdollisen turvotuksen laskemiseksi. (Lääkeinfo 2016; Huotari ym. 2016; Hamunen 2009c.) Ametokaiinia sisältävä voide (Ametop®) voi tarjota tiettyjä etuja lidokaiini-prilokaiinivoiteeseen (Emla®) verrattuna, kuten nopea vaikutusaika ja verisuonten laajeneminen. Toistaiseksi ametokaiini-valmisteita saa Suomessa vain erityisluvalla. (Hamunen 2009c.)

**Lääkkeetön kivunlievitys.** Pölkki (2002, 36) lajittelee lääkkeettömät kivunlievitysmenetelmät eri kategorioihin Pattersonin ja Waren (1988), Mobilyn, Herrin ja Kelley'n (1993), Mobilyn, Herrin ja Nicholsonin (1994) sekä Kleiberin ja Harperin (1999) mukaan. Nämä kategoriat ovat kognitiivis-behavioraaliset, fyysiset ja emotionaaliset kivunlievitysmenetelmät. Kognitiivis-behavioraalsiin menetelmiin kuuluvat näytteenottoon valmisteleva informaatio eli miten näytteenotto suoritetaan tai miltä



se voi tuntua, mielikuvien tai tekemisen käyttö huomion siirtämiseksi pois kivusta, rentoutumistekniikat, hengitystekniikat ja positiivinen vahvistaminen. Positiivisella vahvistamisella tarkoitetaan lapsen kehumista sanallisesti tai pienillä lahjoilla, kuten herkuilla tai tarroilla. Fyysisiin menetelmiin kuuluvat lämmönsäätö, esimerkiksi lämmin tyynty ja lämmin tai viileä side, hieronta, mukavan asennon hakeminen ja TENS eli transkutaaninen sähköhermojen stimulaatio. Emotionaalisia menetelmiä ovat läsnäolo, lohduttaminen ja koskettaminen. Kivunlievitysmenetelmiin voidaan lukea myös turvallisen ympäristön luominen.

### 3.3 Pelkotilojen tunnistaminen kouluterveydenhuollon näytteenotossa

Jos lapsi kokee hoitotoimenpiteen tai -henkilökunnan uhkaavana, herättää se hänessä pelkoa. Jos näihin tunteisiin ei vastata henkilökunnan taholta, kokee lapsi jäävänsä yksin ja eristyksiin. (Mahat ym. 2004, 303; Forsner, Jansson & Söderberg 2009, 524.) Kouluikäinen lapsi pelkää terveydenhuollossa tyypillisesti erilaisia tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä, pistämistä ja kehon vahingoittumista. Lapsen pelot ja negatiiviset tunteet voivat liittyä myös esimerkiksi yksin jäämiseen, itsemääräämiskeuden menettämiseen hoitotoimenpiteen aikana, vieraaseen ympäristöön ja hoitovälineisiin. Yksi vahvimista pelon aiheista on kuoleman pelko sekä sairauksien aiheuttaman kehonkuvan muutokset. (Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 309–310.)

Lapsi voi kasvaessaan ja kehittyessään kokea erilaisten lääketieteellisten toimenpiteiden pelkoa. Nämä pelot ovat lapsille tavallisia ja yleensä myös ohimeneviä. Peloilla voi kuitenkin olla negatiivinen vaikutus lapsen käsitykseen terveydenhuollosta ja sen tarjoajista. Kouluikäisellä on oikeus tehdä kysymyksiä kouluterveydenhuollon hoitohenkilökunnalle ja lapselle on annettava aikaa pohtia asioita. Kouluikäinen oppii helposti ja siksi hänelle voi antaa terveystietoa ja tietoa omasta terveydestään. Omasta terveydestä huolehtimista korostetaan lapsen kanssa keskustellessa. Ottamalla lapsi mukaan hoitonsa suunnitteluun ja kuuntelemalla hänen mielipiteitään lapsen kokemaa pelkoa ja stressiä voidaan vähentää. Hyvä kommunikointi hoitohenkilökunnan ja lapsen välillä lisää lapsen luottamusta, ymmärrystä sairaudestaan ja myös hoidon laatu paranee. (Mahat ym. 2004, 305; Salmela, Salanterä & Aronen 2009, 276; Pelander ym. 2010, 732; Ivanoff ym. 2001, 92.)

Ei ole vain yhtä tapaa poistaa lasten terveydenhuoltoon liittyviä pelkoja, mutta edellytys pelkojen vähentämiselle on henkilökunnan tietoisuus lasten pelkojen aiheuttajista ja halu auttaa lasta hallitsemaan näitä pelkoja (Salmela ym. 2009, 276). Arvostaminen ja välittäminen vahvistavat lapsen itsetuntoa ja auttavat vaikeista tilanteista selviytymisessä. Lasta voi kannustaa positiivisella sanallisella tai fyysisellä palautteella suoritettujen tutkimusten tai toimenpiteiden päätteeksi. (Ivanoff ym. 2001, 106.)

Pelot, joihin ei puututa, voivat häiritä lapsen oppimista, sosiaalisia taitoja ja normaalia kehitystä. Liiallinen pelko voi johtaa käytös- ja tunne-elämän häiriöihin sekä masennusoireisiin. Siksi onkin tärkeää, että terveydenhoitajat arvioivat ja puuttuvat lapsen kokemuksiin pelkoihin yrittäen vähentää niitä. (Robinson ym. 1991; Nicastro ym. 1999, 392; Mahat ym. 2004, 305.)

## 4 TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa ensimmäisellä luokalla olevien 6–7-vuotiaiden lasten kokemista peloista kouluterveydenhuollon näytteenottoon liittyen. Jotta lasten pelkojen dokumentointi olisi mahdollisimman totuudenmukaista, suoritetaan aineiston keruu ja analysointi piirustusmenetelmää käyttäen. Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä ja jakaa tietoa niin kouluterveydenhuoltoon kuin opettajillekin lasten kokemista peloista kouluterveydenhuollon näytteenotossa, sekä tuoda esille lasten pelkojen hallintaan käytettyjä menetelmiä. Tavoitteena on myös kerätä tietoa siitä, millaista tukea lapset voivat kouluterveydenhuollon näytteenottotilanteessa tarvita.

Tutkimuskysymykset:

- Esiintyykö ensimmäisellä luokalla olevilla lapsilla kouluterveydenhuollon näytteenottoon kohdistuvia pelkoja?
- Mihin ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelot kohdistuvat kouluterveydenhuollon näytteenotossa?

## 5 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksessa käytettiin luotettavia tietokantoja, kuten MEDIC, Savonia-Finna, MELINDA, PubMed ja Theseus. Tiedonhaussa käytettiin hakusanoja "lapsi", "pelko", "kipu", "ahdistuneisuus-lapsi", "kouluterveydenhuolto", "piirtäminen", "taideterapia-lapsi", "pelon hallinta", "kouluikäinen", "lapsihoito" ja "lapsi-tunne". Tiedonhaussa käytettyjä englanninkielisiä hakusanoja olivat "child", "fear", "pain", "anxiety-children", "school health care", "drawing", "art therapy-child", "fear", "school-aged", "child treatment" ja "child-feeling".

Tiedonhaun tuloksena saimme 88 luotettavaa lähdettä. Valintakriteereinä pidimme luotettavia tietokantoja, laadukkaita tutkimuksia, lähteen tuoreutta ja kirjoittajia. Lapsen oikeuksia käsittelee 5 julkaisua, CD:H -pistetaulukkoa 3, lasten piirtämistä 7, tutkimusmenetelmää 10 ja lasten pelkoa 17 julkaisua. Muita julkaisuja oli 46 kappaletta. Hakutulosten perusteella piirustusmenetelmää käyttäviä lasten sairaalahoidon pelon ja ahdistuneisuuden tutkimuksia tai kirjallisuutta oli hyvin vähän saatavilla, samoin kuin CD:H -pistetaulukkoa käyttäviä tutkimuksia.

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on tutkimusta, jossa tutkimusaineisto on verbaalista tai visuaalista ja se kerätään todellisessa, luonnollisessa tilassa. Tavoitteena on tietyn ilmiön ymmärtäminen, selittäminen ja usein myös soveltaminen. Ideana on siis luoda selitysmalli tutkittavalle ilmiölle. (Uusitalo 1991, 79; Anttila 2005, 275–276.) Laadullisessa tutkimuksessa ei välttämättä tiedetä, mitä etsitään. Tutkimuskohteet ovat yksittäisiä ja merkityksen löytäminen niistä voi olla haastavaa. Käytännössä laadullisen tutkimuksen suorittaminen vaatii tutkijalta avoimen ja ennako-oletuksista vapaan mielen. Aineiston analyysi alkaa ja tapahtuu osittain samanaikaisesti aineiston keruun kanssa. Tavallisesti aineiston voi analysoida ainoastaan kenttätutkimuksen suorittanut henkilö. (Anttila 2005, 275–277.)

Laadullinen aineisto voi olla melkein mitä vain, mutta siinä tulee olla esillä teoreettinen edustavuus eli aineistossa tulee esiintyä tutkimusongelman kannalta olennaiset piirteet. Johtopäätöksissä esitetään teorian avulla tulkintoja aineistosta, mutta aineistolla ei selitetä kausaalisia prosesseja. Aineistokeskeisyydestä seuraa myös se, että valta on kokonaan aineiston vastaajalla, tekstin kirjoittajalla tai puheen tuottajalla. Tutkija voi osallistua aineiston tuottamistilanteeseen, mutta määrittelyvaltaa hänellä ei ole. Sen sijaan aineiston tulkintaan ja käsittelyyn liittyvä valta ja vastuu on kokonaan tutkijalla. Luovalla ajattelulla tuotettu tieto on peräisin sisäisistä tuntemuksista, elämyksistä, kokemuksista ja oivalluksista. (Anttila 2005, 275–276; Uusitalo 1991, 80–81.)

### 5.2 Piirtäminen tutkimusmenetelmänä

Taideterapia on psykoterapian muoto, joka käyttää taidetta ensisijaisena ilmaisun ja kommunikation keinona. Taidetta ei kuitenkaan käytetä diagnostisena välineenä, vaan sekavien ja ahdistavien tunnepohjaisten ongelmien välittäjänä. Taideterapiaa voidaan käyttää kaikenikäisten ihmisten

kanssa ja näillä henkilöillä voi olla erilaisia tunnepohjaisia, käyttäytymis- tai mielenterveydellisiä ongelmia, oppimisvaikeuksia, fyysisiä vammoja, neurologisia tiloja tai fyysisiä sairauksia. Taideterapiaa käytetään muun muassa kognitiivisten ja sensomotoristen taitojen kehittämiseen, itsetunnon ja itsetuntemuksen parantamiseen, emotionaalisen joustavuuden kehittämiseen, sosiaalisten taitojen parantamiseen sekä ristiriitojen ja ahdistuksen vähentämiseen ja ratkaisemiseen. (The British Association of Art Therapists s.a.; American Art Therapy Association s.a.)

Taideterapian varhaiset juuret löytyvät 1800- ja 1900-luvulla syntyneistä uusista hoitokulttuureista. Taideterapian kehittäjinä ovat toimineet monet psykoanalyttisesti kouluttautuneet psykiatrit ja psykoterapeutit ja se pohjautuu erilaisiin psykologisiin ja psykoterapeuttisiin teorioihin. 1912 saksalaiset psykiatrit Emil Kraepel ja Karl Jaspers havaitsivat, että piirustusten avulla voitaisiin ymmärtää paremmin potilaiden psyykkisten sairauksien mekanismeja. Tätä ajatusta tukivat myös Freudin teoria tiedostamattoman mielen, merkityksellisten fantasioiden ja unien sisäisestä maailmasta sekä Jungin teoria universaaleista arkkityypeistä ja symboleista. (Seeskari 2011, 29, 32; Malchiodi 2011, 37.)

Taideterapian historia on yhteydessä moniin tekijöihin, kuten mielenterveyden tutkimiseen, taidekasvatukseen, toimintaterapiaan ja nykytaiteen kehitykseen. Historiallisesta näkökulmasta tarkasteltuna taideterapian ja taidekasvatuksen välinen laaja-alainen yhteys on ollut tärkeä. Englannissa uranuurtaja taideterapian ja taidekasvatuksen keskinäisen suhteen historiassa on taidemaalari Adrian Hill. Hill uskoi taiteen luomisen olevan terapiamuoto ja hän käytti ensimmäisenä käsitettä "taideterapia" vuonna 1942. Toinen tärkeä brittiläinen uranuurtaja on taidemaalari Edward Adamson. Adamson keräsi suuren määrän potilaiden töitä Nethernen sairaalassa ja oli ensimmäinen National Health Servicen palkkaama taidemaalari vuonna 1946. Adamsonin näkemyksen mukaan taiteella ja esteettisellä ilmaisulla on tärkeä asema. Taidetyön tulkitseminen tai muutosten ehdottaminen siihen häiritsee potilaan paranemisprosessia. Adamson oli myös vuonna 1964 perustetun Britannian Taideterapiayhdistys ensimmäinen puheenjohtaja. Britannian Taideterapiayhdistyksen amerikkalainen vastine perustettiin viisi vuotta myöhemmin. (Malchiodi 2011, 37; Seeskari 2011, 32–33.)

Yhteydet taidekasvatukseen ovat vahvasti esillä myös Yhdysvalloissa. Taiteilija ja opettaja Florence Cane toi sisarensa, Margaret Naumburgin, perustamaan lasten kouluun taideilmaisun. Naumburgin opetusideologiana oli, että lapsen kasvu tapahtuu parhaiten spontaanin itsemotivoidun oppimisen kautta. Naumburg liitti psykoanalyttisen ajattelun opetukseensa ja häntä pidetään dynaamisesti suuntautuneen taideterapian kehittäjänä. Florence Cane puolestaan on taide terapiana -suuntauksen perustaja ja hän on erityisen tunnettu riipustelutekniikastaan. Canen seuraajista tunnetuin on Edith Kramer, joka toimi itsekkin taiteilijana ja taidekasvattajana. Canen näkemys lapsen auttamisesta ilmaisemaan itseään ei-ohjaavasti avustaen, valittuja materiaaleja käyttäen ja auttamalla löytämään ilmaisutapoja voidaan nähdä esimerkkinä vahvasta yhteydestä lapsikeskeiseen lähestymistapaan taidekasvatuksessa. (Seeskari 2011, 33.)

### 5.3 Piirtäminen lasten tunteiden tutkimusmenetelmänä

Lapsi hahmottaa maailmaa piirtämällä ja piirtämistä käytetään yhtenä lapsen kehityksen arvion osana (Kurvinen ym. 2006, 143). Kurvisen (2006, 498) lainaaman hahmoterapeutti Joseph Zinkerin teorian mukaan luovuus ja luova toiminta on ihmisen yksi perustarve. Piirtämällä lapsi ilmaisee tunteitaan, kuten vihaa, suru ja iloa, sekä käsittelee kokemuksiaan suoraan tai symbolisesti silloin, kun asioista suoraan puhuminen on liian vaikeaa.

Kurvisen ym. (2006, 143) lainaaman Lowenfeldin (1975) mukaan piirtämisen kehitysluokitus jaetaan ikävaiheittain riimustelukauteen (2–4-vuotiaat), kaaviokautta edeltävään kauteen (4–7-vuotiaat), kaaviokauteen (7–9-vuotiaat), alkavaan realismiin (9–12-vuotiaat) ja näennäisrealismiin (11–13-vuotiaat). Tutkimuksessa mukana olevat lapset sijoittuvat siis kaaviokauteen ja sitä edeltävään kauteen. Kaaviokautta edeltävällä kaudella riimustelu kehittyy esitettäväksi kuvaamiseksi, ympäristöä kuvaavien aiheiden sijoitus on sattumanvaraista ja hahmojen väliset suhteet mielivaltaisia. Kaaviokaudella lapsi käyttää kuvallisia symboleita toistuvasti tietyissä merkityksissä ja piirtämisessä alkaa jäsentyä avaruudellinen tilakäsitys. Oleellista piirustuksissa on perus- tai maaviiva, jolle lapsi sijoittaa kuvattavat asiat perätysten. Vaikka kuvissa alkaa näkyä peruskaavamaisuutta, kehittävät lapset itselleen ominaisen tavan kuvata asioita, ja tämä tapa säilyy tyypillisesti jonkin aikaa (Wahlbeck 2011, 316–317).

Salmisen (2005, 151) mukaan kuvilla on kaksoistodellisuus: voimme nähdä kuvan sisällön eli mitä kuva esittää tai muodon eli miten kuva esitetään. Voimme esimerkiksi nähdä kuvissa viivoja, siveltimenvetoja ja värejä tai voimme nähdä niissä kukkia, ihmisiä ja varjoja. Lapsi piirtää, mitä kokee ja kaikkea, mikä on olemassa, vaikkei se tarkasti ajatellen olisikaan näkyvissä. Lapsen tunteet ja merkitykset tulevat monella tapaa esiin piirustuksista; lapsi esimerkiksi pyrkii kuvaamaan tärkeäksi koetut esineet tai tapahtumat ensin, minkä vuoksi ne vievät suurimman osan tilasta. Muut asiat piirretään sen kokoisina kuin ne paperille mahtuvat. Visuaalisesti yhtenäinen muoto edellyttäisi, että muotoja luotaessa lapsi kiinnittäisi huomiota niiden välisiin suhteisiin. Kuvat ovat kuin kertomuksia ja ne voivat kertoa paljon enemmän kuvallisesti, kun lapsi kertoo siitä sanallisesti. (Wahlbeck 2011, 313–318; Salminen 2005, 24.)

Lapset suhtautuvat hyvin ennakkoluulottomasti kuvataiteeseen ja he tuovat pohdintoihin mukaan luontevasti oman elämänsä (Kurvinen ym. 2006, 498). Nicastron ym. (1999, 397) lainaama Barclay ja Whittington (1992) kertoivat positiivisista tuloksista koskien kirjallisuuden ja luovien aktiviteettien käyttämistä, kun lapsia kannustettiin voittamaan pelkonsa. Luovat lähestymistavat auttoivat lapsia keskustelemaan avoimesti peloistaan, tunteistaan sekä käsittelemään pelkojaan. (Nicastro ym. 1999, 397.) Piirtäminen, kirjoittaminen tai lukeminen ovat myös kouluikäisten lasten käyttämiä hallintakeinoja (Mahat ym. 2003, 310). Piirustusmenetelmää on käytetty muun muassa sairaalahoidossa olevien lasten ahdistuneisuuden tutkimiseen (Sainio 2012) sekä tutkittaessa piirtämisen vaikutusta lasten kommunikointiin (Gross & Hayne 1998; Wikström 2005).

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Nilsiäen yhtenäiskoulun henkilökunnan ja kouluterveydenhuollon kanssa. Otos kerättiin kolmesta ensimmäisen koululuokan ryhmästä, jotka jaettiin tutkimuksen toteutuksen ajaksi kahteen ryhmään. Tutkimus toteutettiin kokonaisuudessaan kahden oppitunnin aikana. Valmiit piirustukset valokuvattiin ja analysoitiin soveltaen Clatworthyn, Simonin ja Tiedemanin (1999a) Child Drawing: (CD:H) -pistetaulukkoa (liite 6).

Tutkimus toteutettiin piirustusmenetelmällä, ei kyselylomakkeilla tai vanhempien haastatteluilla. Menetelmän valinta perustui siihen, että halusimme minimoida mahdolliset häiriötekijät, jotka olisivat vaikuttaneet lasten omien ajatusten ilmaisemiseen. Jo tutkimustilannetta suunnitellessa meillä oli vahva näkemys siitä, mitä halusimme ja odotimme piirustuksista löytyvän.

### 6.1 Aikataulu ja resurssit

Opinnäytetyön aikataulu oli suunniteltu niin, että syksyn 2016 aikana kerätään materiaalia teoriaosuutta varten ja sitä työstetään niin pitkälle kuin mahdollista. Maaliskuussa 2017 suoritetaan piirustusten kerääminen yhden päivän aikana. Mitä aikaisemmin tutkimusmateriaalin keruu tapahtuu, sitä enemmän jää aikaa kuvien analysoimiseen ja tulosten arvioimiseen. Opinnäytetyön tulisi olla valmiina marras-joulukuussa 2017.

Mahdolliset riskit työlle tulevat piirustusten tulkinnasta. Huomioitavia tekijöitä ovat esimerkiksi montako piirustusta saamme kerättyä tutkimukseen ja se, että ideat piirustuksiin tulevat lapsilta itseltään toisten lasten, opettajien, vanhempien tai opinnäytetyön tekijöiden vaikuttamatta niihin. Piirustusten onnistumiseksi lasten tulisi myös ymmärtää tehtävänanto. Riskit minimoidaan kiinnittämällä huomiota tehtävän ohjeistukseen, tehtävässä käytettäviin välineisiin, kuten värikynien ja paperin käyttöön, ja takaamalla itsenäisen työskentelyn erottamalla piirtämisalueet toisistaan.

### 6.2 Tutkimustilanne

Opinnäytetyötä varten järjestimme alakoulun opettajien kanssa yhteisen ajan ja paikan aineiston keräämistä varten. Jaoimme opettajille tutkimukseen osallistumisen luvat, jotka vanhemmat täyttivät kotona ja palauttivat koululle. Ensimmäisen luokan oppilaita oli yhteensä 44. Lapsista 4 ei saanut lupaa osallistua ja 40 osallistujasta 1 ei halunnut piirtää. Vastausprosentti kolmelta luokalta oli yhteensä siis 89 prosenttia. Opettajat olivat jakaneet tutkimukseen osallistuvat lapset etukäteen kahteen ryhmään ja kehilleet muuta tekemistä niille oppilaille, jotka eivät saaneet lupaa osallistumiseen. Kaikki oppilaat saivat kuitenkin osallistumisesta riippumatta tikkarit kiitokseksi.

Luokahuone valmisteltiin piirtämiseen sopivaksi jo ennen lasten tuloa, jotta valmistelutoimet eivät veisi aikaa itse piirtämiseltä. Luokassa ei ollut erillisiä pulpetteja, vaan useamman oppilaan istuttavia pidempiä pöytiä. Lapset saivat vapaasti valita paikkansa, mutta näköyhteys toiseen estettiin kansi-

oista tehtävillä seinäkkeillä. Oppilaat oli jaettu valmiiksi kahteen ryhmään, jotka ohjeistettiin ja piirrettiin erikseen. Opettaja istui luokan perällä piirtämisen ajan, eikä puuttunut tilanteeseen. Ensimmäisellä ryhmällä aikaa piirtämiseen oli noin 45 minuuttia ja toisella ryhmällä noin 35 minuuttia.

Aloitimme ohjeistuksen esittelemällä itsemme ja kertomalla hieman tulevasta ammatistamme. Kysyimme lapsilta, mitä he tietävät kouluterveydenhuollosta, mitä he ovat siellä kokeneet tai onko heille tehty siellä jotain tutkimuksia tai toimenpiteitä. Kerroimme lapsille myös esimerkkejä erilaisista kouluterveydenhuollon näytteenottotilanteista, esimerkiksi, että koululaiselta voidaan ottaa nielu-näyte tai näyte sormenpäästä. Kysyimme myös, mikä kouluterveydenhoitajalle mennessä voisi mietittyä oppilasta. Ohjeistuksessa ja esimerkeissä pyrimme välttämään liian johdattelevia ja negatiivisia tunteita herättäviä sanoja, kuten "neula", "pistää" tai "pelätä".

Lapset saivat käyttöönsä yhden A4-kokoisen paperiarkin ja sitä sai käyttää miten päin vain ja niin isolta osalta kuin lapsi itse halusi. Lapsia ohjeistettiin piirtämään pelkkiä koulun tarjoamia vahaliituja käyttäen eli kaikilla lapsilla oli käytössään sama määrä eri väri vaihtoehtoja. Käytössä olevat värit olivat valkoinen, musta, ruskea, vaaleanvihreä, tummanvihreä, vaaleansininen, tummansininen, punainen, oranssi ja keltainen. Lyijykynän käyttö ei ollut sallittua. Koska käytettävissä vahaliiduissa ei ole terävää kärkeä, on kuvien analysoinnissa huomioitu piirustusvälineen aiheuttama epätarkan jäljen mahdollisuus esimerkiksi jalkaterän yhdistämisessä jalkaan. Paperille sai halutessaan myös kirjoittaa osana piirustusta. Osa lapsista olisi halunnut pelkästään kirjoittaa, mutta pyysimme heitä piirtämään edes jotain kirjoituksen lisäksi. Epäselvissä tapauksissa lapsia neuvottiin kysymään neuvoa suoraan opinnäytetyön tekijöiltä.

Ensimmäinen ryhmä oli piirtämisessä kovin innostunut ja inspiroitunut, toinen ryhmä taas oli hieman passiivisempi ja jouduimme enemmän kannustamaan heitä aiheiden ja mielikuvien avulla. Varsinkin ensimmäisessä ryhmässä lapset halusivat kovasti myös puhua kuvistaan. Kiersimme välillä luokassa ja kävimme lasten luona juttelemassa ja kuuntelemassa, jotta emme olisi häirinneet muiden työntekoa. Osa lapsista keskittyi piirtämiseen kauan, osa piirsi hyvinkin nopeasti. Osa halusi kertoa piirustuksista, osa taas ei. Yksi lapsi ei halunnut piirtää ollenkaan, emmekä vaatineet häneltä piirustusta. Ensimmäisen piirustuksen ollessa valmis annoimme lapsille luvan piirtää heidän itse valitsemastaan aiheesta lopputunnin ajan. Näitä piirustuksia emme käyttäneet, vaan ne jäivät lapsille itselleen. Ensimmäisen ryhmän kohdalla ehdimme lopuksi vielä kertoa terveydenhuollon toiminnasta ja lapset saivat esittää heitä mietityttäviä kysymyksiä.

### 6.3 Esimerkki kuvan analysoimisesta

Kuva 1 on esimerkki siitä, millaisen kuvan lapsi voisi kokemuksistaan kouluterveydenhuollossa piirtää. Koepiirtäjälle kerrottiin, että hänen pitäisi piirtää tilanne kouluterveydenhuollon vastaanotolla koulupäivän aikana tapahtuvasta käynnistä ja miltä siellä voisi näyttää, mikä siellä käydessä voisi askarruttaa tai jännittääkö jokin asia. Ohjeistus paperin ja lyijykynän käytössä oli sama kuin tutkimustilanteessa, mutta samaa vahaliitupalettia ei ollut käytössä.

Koepiirtäjä päätyi piirtämään kuvan nielunäytteenotosta. Lapsi oli käynyt aikaisemmin nielunäytteenotossa ja kokemus oli ollut kivulias. Lapsi oli menossa uudestaan lääkäriin ja häntä jännitti, tullaanko siellä ottamaan uusi nielunäyte. Kuvassa 1 on kuitenkin esitetty ystävällisen näköinen hoitaja sydänkuviainen paita päällä. Kuvan potilas vaikuttaa hieman jännittyneeltä, mutta ei kuitenkaan pelokkaalta.



KUVA 1. Esimerkkipiirustus 1, jossa lapsi jännitti nielunäytteenottoa.

Taulukossa 1 on esitetty kuvan 1 pisteet osioista A (liite 4). Kuvan potilas eli lapsi itse istuu tuolilla, saaden näin viisi pistettä. Kuvassa ei ole suoraa liikkumista, mutta kuva on kuitenkin elävä ja siinä esitetään näytteenotto, mikä vastaa kolmea pistettä. Koska kuvan potilas on pituudeltaan suurehko, mutta kuvaan nähden sopusuhtainen, on se saanut kaksi pistettä. Hahmon leveys on pituuteen nähden sopusoinnussa, mikä saa yhden pisteen. Kuvassa potilaalta ollaan ottamassa nielunäyte, joten suu on piirretty avonaiseksi. Tämä on tulkittu neutraaliksi ilmeeksi, mikä vastaa viittä pistettä. Silmät/pupillit ovat saaneet yhden pisteen. Hahmon koko on sopiva suhteessa piirrettyyn ympäristöön vastaten myös yhtä pistettä. Kuvan vallitsevaksi väriksi on tässä tapauksessa määritelty oranssi saaden kuusi pistettä. Käytettyjen värien määrästä, tässä tapauksessa seitsemästä väristä, annetaan kaksi pistettä. Paperin käytöstä ja kuvan asettelusta on molemmista annettu yksi piste, koska koko paperia on käytetty piirtämiseen ja kuva on aseteltu paperin keskivaiheille. Piirustusjälki on varmaa jotain vaaleampia alueita lukuun ottamatta ja tämä on pisteytetty kolmeen pisteeseen. Kuvassa on kuvattu joitakin tutkimusvälineitä, mutta koska ne ovat kooltaan kuvaan sopivia saavat ne kolme pistettä. Kehitysasetta emme ole huomioineet piirustuksissa. Osioista A kuva 1 sai yhteensä 34 pistettä.

Taulukossa 1 on esitetty myös kuvan 1 saamat pisteet osioista B ja C (liite 5). Osiossa B on arvioitu korkean ahdistuksen mittareita, kuten yhden tai useamman ruumiinosan poisjäämistä ja hahmon vääristymiä. Tästä kuvasta emme havainneet vastaavia, joten sen pisteytys on nolla. Osiossa C arvioidaan kuvan yleistä tunnelmaa ja tämä osio on muita yksittäisiä tekijöitä merkitsevämpi kuvien tul-

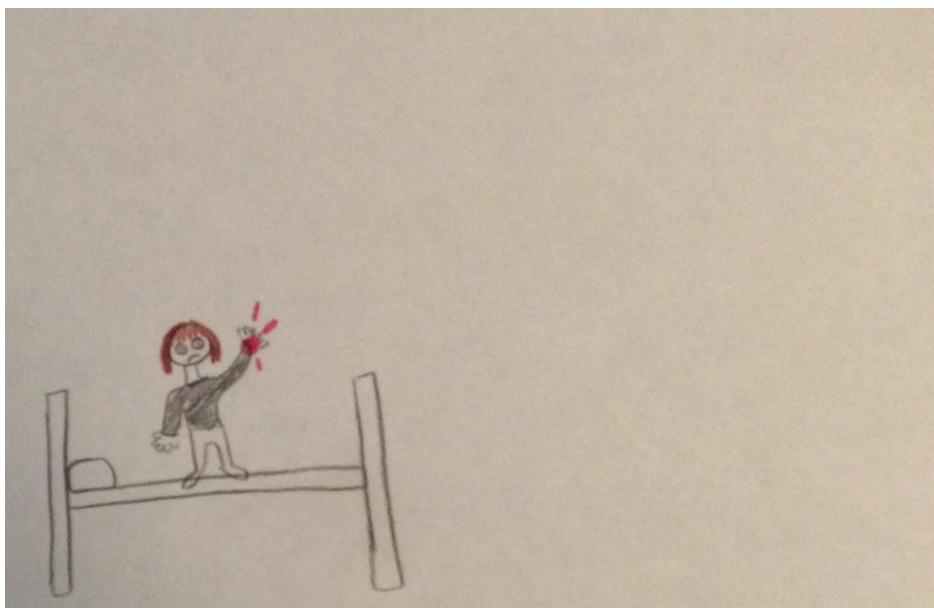


kinnassa. Kuva 1 on arvioitu tunnelmaltaan iloiseksi ja melko värikkääksi, jolloin siitä saa kaksi pistettä. Yhteispisteet osioista A, B ja C ovat näin ollen 36 pistettä. Taulukossa 2 on esitetty kokonaispisteet suhteutettuna oman tutkimuksemme mukaan ja esimerkkikuva sijoittuisi kokonaispisteiden perusteella alhaisen pelon tasolle (taulukko 4).

TAULUKKO 1. Kuvan 1 pisteytystaulukko

Teemat	Osio A pisteet (1-10)	Osio B	Osio C	Yhteensä
Hahmon asento	5			
Toiminta-elävyys	3			
Hahmon pituus	2			
Hahmon leveys verrattuna pituuteen	1			
Kasvojen ilme	5			
Silmät/pupillit	1			
Hahmon koko verrattuna ympäristöön	1			
Vallitseva väri	6			
Värien määrä	2			
Paperin käyttö	1			
Kuvan asettelu	1			
Piirustusjäljen laatu	3			
Tutkimusvälineet	3			
Kehitystaso	0			
	34	0	2	36

Kuva 2 on toinen esimerkki siitä, miten piirustus voidaan pisteyttää. Kuvan hahmo seisoo sängyllä ja tästä annetaan neljä pistettä. Kuva ei ole kovin elävä, mutta näyttää jonkin verran elämää ja se pisteytetään myös neljällä pisteellä. Kuvan hahmo on kooltaan pieni, mutta kuvan sänkyyn nähden melko sopusuhtainen, saaden näin kolme pistettä. Hahmon leveys on sopusuhtainen pituuteen nähden saaden yhden pisteen. Kasvojen ilme voidaan tulkita puolikkaaksi suruksi eli kahdeksan pisteen arvoiseksi. Hahmon silmät ovat ilmeeltään lävistävät ja ne vastaavat kuutta pistettä. Hahmon koko on ympäristöön eli sänkyyn verrattuna sopiva ja tämä osio saa yhden pisteen. Kuvan vallitseva väri on musta ja käytettyjä värejä on vain kolme ja näin ollen nämä osiot saavat 10 ja seitsemän pistettä. Kuva vie noin neljäsosan paperista ja se on piirretty paperin alakulmaan eli molemmat osiot saavat kahdeksan pistettä. Piirustusjäljen laatu on varmaa ja tummaa ja tästä annetaan yksi piste. Kuvassa ei esiinny tutkimusvälineitä, eli myös tästä tulee yksi piste. Yhteispisteet osiosta A ovat 62 pistettä. Piirustuksessa ei ole nähtävissä B-osiossa arvioitavia tekijöitä, eli B-osio saa nolla pistettä. C-osiesta piirustus on saanut neljä pistettä, koska se ei ole kovin värikäs tai iloinen, mutta mittasuhteet ovat kuitenkin kohdillaan. Piirustuksen yhteispisteet kaikista osioista ovat siis 67 pistettä vastaten näin keskimääräistä korkeamman pelon tasoa (taulukko 4). Kuvan 2 saamat pisteet on esitetty taulukossa 2.



KUVA 2. Esimerkkipiirustus 2 (Elisa Rinne 2017-12-13.)

TAULUKKO 2. Kuvan 2 pisteytystaulukko

Teemat	Osio A pisteet (1-10)	Osio B	Osio C	Yhteensä
Hahmon asento	4			
Toiminta-elävyys	4			
Hahmon pituus	3			
Hahmon leveys verrattuna pituuteen	1			
Kasvojen ilme	8			
Silmät/pupillit	6			
Hahmon koko verrattuna ympäristöön	1			
Vallitseva väri	10			
Värien määrä	7			
Paperin käyttö	8			
Kuvan asettelu	8			
Piirustusjäljen laatu	1			
Tutkimusvälineet	1			
Kehitysaste	0			
	62	0	4	67

Taulukossa 3 on esitetty piirtämisessä käytettävien värien pisteytys. Musta väri on saanut ohjeen mukaan 10 pistettä, punainen 9 pistettä, ruskea 8 pistettä, oranssi 6 pistettä, vaalean- ja tummansininen 5 pistettä, vaalean- ja tummanvihreä 3 pistettä ja keltainen 1 pisteen. Alkuperäisessä ohjeessa ei oltu eroteltu värien tummuusluokkaa, joten ne on laskettu samaan pisteluokkaan. Alkuperäisestä ohjeesta poiketen violetti väri ei ole ollut valittavissa väreissä, eikä ohje myöskään sisältänyt valkoista väriä, joten näiden pisteytys on jätetty pois.

TAULUKKO 3. Värien pisteytys (Clatworthy ym. 1999a)

Väri	Pisteet
Musta	10
Ruskea	8
Vaalean-/tummanvihreä	3
Vaalean-/tummansininen	5
Punainen	9
Oranssi	6
Keltainen	1
Valkoinen	Ei pisteytystä

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Piirustusten arvioinnissa käytetään Child Drawing: (CD:H) -pistetaulukkoa. Pistetaulukko sisältää kolme arvioitavaa osiota, osiot A, B ja C. Liitteessä 6 on esitetty suomennettu CD:H -pistetaulukko. CD:H -pistetaulukkoa käytettäessä tulee huomioida, että se on vain yksi informaation osa, jota voidaan käyttää lasten emotionaalisen tilan arvioinnissa (Clatworthy 1981 Clatworthyn, Simonin ja Tiedemanin 1999b, 7 mukaan).

Osio A (liite 4) pisteyttää piirustuksen asteikolla 1–10 aina kutakin osa-aluetta kohden. Yksi piste tarkoittaa iloista ja tasapainoista kuvaa ja mitä lähemmäs mennään kymmentä pistettä, sitä enemmän piirustus osoittaa pelkoa ja ahdistuneisuutta. Osioon A kuuluu minä-hahmon arviointi ja arvioinnissa huomioidaan hahmon asento, pituus, leveys suhteutettuna pituuteen, kasvojen ilme, silmät ja hahmon koko verrattuna ympäristöön. Lisäksi arvioidaan kuvassa esiintyvä toiminta, käytettyjen värien määrä, määräävä väri, kuvan asettelu, piirustusjälki ja tutkimusvälineet. Alkuperäinen arvio sisältää myös kehitystason arvioinnin, mutta omassa arvioinnissa olemme jättäneet tämän osion pois. Päätös tehtiin siitä syystä, että 6–7-vuotias lapsi kehittää itselleen ominaisen tavan kuvata asioita, emmekä halunneet tämän mahdollisesti vaikuttavan tuloksiin (Wahlbeck 2011, 316–317). Piirustusten arvioinnissa on huomioitu piirustusvälineen aiheuttama epätarkan jäljen mahdollisuus. Osioista A saatavat pisteet sijoittuvat välille 13–130 pistettä.

Osiossa B (liite 5) piirustukset on pisteytetty 5 pisteellä, 10 pisteellä tai ne eivät ole saaneet pisteitä ollenkaan. Osiossa arvioidaan koettua ahdistusta tutkimalla ruumiinosien poisjääntiä, liioittelua, pienuutta, vääristymistä, läpinäkyvyyttä ja varjostamista. Hahmon profiilin arviointi on jätetty pois tutkittavien lasten nuoresta iästä johtuen. Nolla pistettä tästä osiosta tarkoittaa, että mitään edellä mainituista ei piirustuksesta löytynyt. Osion kokonaispistemäärä voi olla välillä 0–50 pistettä. Osio C (liite 5) on piirustuksen yleisilmeen arviointia 1–10 pisteellä. Yksi piste tarkoittaa iloista, värikästä ja tasapainoista kuvaa ja 10 pistettä tarkoittaa sekasortoista, häkellyttävää, omituista ja surullista kuvaa. Tämän osion arvio on muita kahta osiota merkitsevämpi. (Clatworthy ym. 1999a, 11–17.)

Osioista A, B ja C saatujen pistemäärien avulla (liite 1) voidaan arvioida lapsen pelon taso eli mitä vähemmän pisteitä, sitä alempi taso. Taulukossa 4 on kuvattu CD:H -pistetaulukon kokonaispisteiden avulla pelon eri tasot tähän opinnäytetyöhön suhteutettuna (Clatworthy ym. 1999b). Taulukossa pelon taso on jaettu viiteen luokkaan: erittäin alhaiseen (alle 20 pistettä), alhaiseen (21–40 pistettä), keskimääräiseen (41–60 pistettä), keskimääräistä korkeampaan (61–80 pistettä) ja erittäin korkeaan (yli 81 pistettä). (Clatworthy ym. 1999b, 7.) Liitteessä 1 esitetyt piirustusten kokonaispisteet ovat myös nähtävissä taulukossa 4, jossa ne esitetään piirustuksessa näkyvän pelon tason mukaan. Selvästi suurin osa piirustuksista (54 prosenttia) sijoittui alhaisen pelon tasolle eli pisteille 21–40. Toiseksi eniten piirustuksia sijoittui keskimääräisen pelon tasolle pisteille 41–60 (41 prosenttia) ja pari vielä keskimääräistä korkeammalle pelon tasolle 61–80 pisteellä (5 prosenttia). Yhtään piirustusta ei kuitenkaan sijoittunut asteikon ääripäihin eli erittäin alhaiselle tai korkealle pelon tasolle.

TAULUKKO 4. Tutkimustulosten jakautuminen pelon eri tasoille

CD:H -pisteet	Pelon taso	Lukumäärä (kpl)	Prosentti (%)
0–20	Erittäin alhainen	0	0
21–40	Alhainen	21	54
41–60	Keskimääräinen	16	41
61–80	Keskimääräistä korkeampi	2	5
> 81	Korkea	0	2
Yhteensä		39	100

Alhaisin saatu pistemäärä A-osiossa (liite 1) oli 19 pistettä, korkein 59 pistettä ja A-osiossa pisteiden keskiarvo oli 35,5 pistettä. B-osiossa alhaisin saatu pistemäärä oli 0 pistettä ja tämän saivat yhteensä 29 piirustusta. Korkein pistemäärä B-osiossa oli 10 pistettä ja sen sai 5 piirustusta. B-osion pisteiden keskiarvo oli 1,9 pistettä. C-osiossa alhaisin mahdollinen pistemäärä oli 1 piste ja sen sai 4 piirustusta. Korkein saatu pistemäärä tässä osiossa oli 8 pistettä ja sen sai 1 piirustus. C-osion pisteiden keskiarvo oli 3,4 pistettä. Kokonaispistemäärän alhaisin oli 24 pistettä, korkein 76 pistettä ja kokonaispisteiden keskiarvo oli 40,8 pistettä.

## 7.1 Tulosten arviointimenetelmät

Tulosten tulkinnessa on käytetty kvalitatiivista sisällönanalyysiä, joka sopii laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmäksi. Sitä käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä ja sen avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysiä käyttämällä tutkittavasta ilmiöstä voidaan muodostaa kuvaavia käsitteitä ja kategorioita. Sisällönanalyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti aineiston ehdoilla tai deduktiivisesti aikaisempaan tietoon perustuen, jolloin aineistosta etsitään valmiiseen analyysirunkoon sopivia asioita. (Seitamaa-Hakkarainen 2014; Kyngäs ym. 2011, 139.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineisto pelkistetään eli siltä kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Pelkistetyt ilmaisut kirjataan aineiston termein, minkä jälkeen aineisto ryhmitellään. Ryhmittelyssä etsitään pelkistettyjen ilmaisujen yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaksi luokaksi ja luokka nimetään sisältöä kuvaavasti. Aineiston ryhmittelyssä voidaan käyttää tulkintaa. Lopuksi aineisto abstrahoidaan eli samansisältöiset luokat yhdistetään yläluokiksi. (Janhonen & Nikkonen 2001, 26–30.)

## 7.2 Tulosten arviointi

Taulukossa 5 on kuvattu piirustuksista visuaalisesti havainnoidut teemat. Teemoiksi muodostuivat toimenpide, hoitohenkilökunta, tila, veri, eläimet, pihaympäristö ja autot. Tuloksissa huomioitavaa on se, että yksi piirustus on voinut sisältää useampaan eri alaluokkaan lukeutuvan teeman. Toimenpide esiintyi yhteensä 12 piirustuksesta, joista 7 kuului alhaisen pelon tasolle, 4 keskimääräisen pelon tasolle ja 1 keskimääräistä korkeammalle pelon tasolle. Hoitohenkilökuntaa esiintyi yhteensä 14 piirustuksessa ja näistä 8 kuului alhaisen pelon tasolle ja 6 keskimääräisen pelon tasolle. Tilat esiintyivät yhteensä 10 piirustuksesta, joista 4 kuului alhaiselle ja 6 keskimääräiselle pelon tasolle. Veri

nousi esiin vain kahdessa piirustuksessa, mutta näistä toinen sijoittui keskimääräisen ja toinen keskimääräistä korkeammalle pelon tasolle. Tunne ilmaistiin joko kirjoittamalla ("jännittää") tai piirtämällä (kyyneleet) 13 piirustuksessa ja näistä 6 kuului alhaiselle, 5 keskimääräiselle ja 2 keskimääräistä korkeammalle pelon tasolle. Pihaympäristö nousi esille 5 piirustuksesta, 3 alhaisen ja 2 keskimääräisen pelon tasolla. Eläinaiheisia piirustuksia oli 2 kappaletta ja molemmat kuuluivat alhaisen pelon tasolle. Autoja oli 3 piirustuksessa ja näistä 1 kuului alhaisen pelon tasolle ja 2 keskimääräisen pelon tasolle.

TAULUKKO 5. Piirustusten keskeiset teemat

Teema	Alhainen pelon taso (kpl)	Keskimääräinen pelon taso (kpl)	Keskimääräistä korkeampi pelon taso (kpl)	Yhteensä (kpl)
Toimenpide	7	4	1	12
Hoitohenkilökunta	8	6	0	14
Tila	4	6	0	10
Veri	0	1	1	2
Tunne	6	5	2	13
Pihaympäristö	3	2	0	5
Eläimet	2	0	0	2
Autot	1	2	0	3
Yhteensä	31	26	4	61

Lasten pelot kohdistuvat tyypillisesti esimerkiksi pistämiseen, veren näkemiseen, tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin, hoitotilanteissa tapahtuvaan rajoittamiseen sekä henkilökunnan outoihin vaatteisiin (Huttunen 2015; Huttunen 2016; Storvik-Sydänmaa ym. 2012, 309). Nämä aiheet tulivat esille myös tutkimuksessa. Taulukon 5 mukaan tutkituista piirustuksista eniten esille nousivat hoitohenkilökunta (14 kappaletta), toisena tunteiden ilmaisu (13 kappaletta) ja kolmantena toimenpiteet (12 kappaletta). Veri nousi esille vain kahdessa piirustuksessa. Hoitohenkilökunta, toimenpiteet ja veri olivat odotettuja aiheita, mutta selkeä tunteiden ilmaisun merkitys teemana mietitytti. Tämän perusteella voisi sanoa, että lapset tunnistavat ja tunnustavat negatiiviset ja epävarmat tunteensa näytteenotossa.

Yllättäviä aiheita piirustuksissa olivat tilat (10 kappaletta), pihaympäristöt (5 kappaletta), eläimet (2 kappaletta) ja autot (3 kappaletta). Nämä aiheet voivat mahdollisesti olla yhteydessä näytteenotton. Tätä on kuitenkin vaikea arvioida pelkän piirustuksen perusteella, koska lapsi piirtää sen, minkä kokee merkitykselliseksi, mutta myös kaiken näkemänsä (Wahlbeck 2011, 313–318). Piirustuksissa esiintyvät tilat voivat kuitenkin tarkoittaa, että jo terveydenhuollon tilat, kuten odotushuoneet, voivat herättää lapsessa epävarmuutta ja pelkoa. Autot taas voivat liittyä näytteenottoon menemiseen ja sen odotukseen liittyvään jännitykseen ja epävarmuuteen. Pihaympäristö ja eläinten yhteys näytteenottoon jäi meille epäselväksi. Piirustuksista tuli siis ilmi myös sellaisia aiheita, jotka eivät käyneet ilmi aiemmista tutkimuksista.

Tutkituista piirustuksista 54 prosenttia sijoittui alhaisen pelon tasolle, 41 prosenttia keskimääräisen pelon tasolle ja 5 prosenttia keskimääräistä korkeammalle pelon tasolle (taulukko 4). Nämä tulokset osoittavat, että ensimmäisellä luokalla olevilla lapsilla esiintyy näytteenottoon liittyvää pelkoa. Lasten kokemaan pelon tasoon vaikuttavat kuitenkin monet eri tekijät. Lapset muun muassa käsittelevät pelkoa herättäviä tapahtumia vaihtelevalla menestyksellä ja lapsen tapa käsitellä pelkojaan voi joko vähentää tai lisätä itse pelkoa (Robinson ym. 1991; Nicastro ym. 1999, 393). Kuten monet tavalliset oppimisprosessit yleensä, joillekin lapsille pelkojen kokeminen ja käsitteleminen voi luonnostaan olla haastavampi prosessi (Robinson ym. 1991). Koettuun pelkoon voivat vaikuttaa myös esimerkiksi sukupuoli, mieliala, ympäristö, ymmärrys tehtävistä toimenpiteistä ja aiemmat kokemukset. Aiemmillä kokemuksilla voidaan tarkoittaa esimerkiksi lapsen huolellista valmistamista näytteenottoa varten ja siitä syntynyttä positiivista mielikuvaa. Lapsen huolellinen valmistaminen näytteenottoa varten ja mahdollisten epärealististen pelkojen selvittely ennen näytteenottoa lisää luottavaisuutta ja turvallisuuden tunnetta hoitohenkilökuntaa kohtaan ja vähentää koettua pelkoa (Hamunen 2009a; Jokinen ym. 1999, 21; Ivanoff ym. 2001, 104–105, 191; Crnkovic ym. 2009, 127; Pelander ym. 2010, 729, 731–732; Flinkman ym. 2004, 130).

Tulevina bioanalytikoina ja laboratoriotoiminnan ammattilaisina meidän tulee osata työskennellä erilaisten ihmisten kanssa. Lasten näytteenotto on tärkeä osa näytteenotossa toimimista ja se tulee jokaisella vastaan esimerkiksi terveyskeskuksissa työskenneltäessä. Näytteenoton harjoittelujakso on osa bioanalytiikan koulutusohjelmaa, mutta lasten näytteenotto käydään läpi vain pintaraapaisuna. Oppinäytetyöprosessin kautta saatu teoriatieto on opettanut meille paljon lasten näytteenotosta, etenkin lapsen näkökulmasta. Mielestämme on tärkeää ymmärtää syyt lapsen käytökselle, jotta voimme omasta puolestamme helpottaa näytteenoton kokemusta. Esimerkkinä tästä voimme käyttää toisen oppinäytetyön tekijän lapsuudessa tapahtunutta traumaa. 6–7-vuotiaana koulun välitunnilla silmään saatu lumipallo johti sairaalakäyntiin, josta jäi mieleen silmän tutkiminen kuuden ihmisen pitäessä kiinni. Myöhemmin pelkoa herätti jo kouluterveydenhoitajan mainitseminen ja kouluterveydenhuollossa olevat ihmiset, siellä tehtävät tutkimukset ja mahdollinen sairaalaan lähetys. Vaikka kouluterveydenhuollon näytteenoton erikoistutkimukset ovat vain pieni osa koko kouluterveydenhuoltoa, voivat ne erikoisempina ja vieraina tutkimuksina aiheuttaa lapsessa monenlaisia pelkoja.

Oppinäytetyötä tehdessä pohdimme paljon heikkouksiamme ja mahdollisia kompastuskiviä. Mietimme esimerkiksi, saammeko tutkimustulosten pisteytyksen sellaiseksi, että se on ymmärrettävä ja selkeä ja onnistummeko piirustusten tulkinnassa. Suurimmaksi tutkimuksen luotettavuutta uhkaavaksi tekijäksi katsommekin piirustusten tulkitsemisen. Uhkana oli, ettemme saisi kerättyä piirustuksista tarpeeksi tietoa tai emme osaisi tulkita kuvia oikein. Hyönän ja Nummenmaan (2005) mukaan tutkimusmenetelmänä piirustuksien käyttö voi olla haastavaa sen validiteetin ja reliabiliteetin puutteessa. Tulkinta voi olla häilyvä, koska sitä ei voida kvantifioida. Päätimmekin pisteyttää piirustukset kokonaan toisen oppinäytetyöntekijän toimesta, jotta pisteytyksestä saataisiin mahdollisimman yhdenmukainen. Saadut tulokset käytiin vielä yhdessä läpi mahdollisten korjausten varalta. Korostamme vielä, että piirustukset on saatu nilsiäläisen yhtenäiskoulun 39 oppilaasta ja tutkimusta ei voida yleistää kaikkiin ensimmäisellä luokalla oleviin lapsiin.

Kun ohjeistimme oppilaita tehtävää varten, yritimme kiinnittää mahdollisimmat paljon huomiota puhetyyliin, sanavalintoihin ja kysymysten operationalisointiin. Pyrimme välttämään ohjeistuksessa negatiivissävytteisiä sanoja, kuten ”neula”, ”pistää” tai ”pelätä”. Huomasimme, että myös murresanojen käyttö voi vaikuttaa sanoman luonteeseen. Hämmennystä toisessa oppinäytetyön tekijässä aiheutti esimerkiksi sanan ”hukkua” käyttäminen. Toinen oppinäytetyön tekijä käytti sitä sanan ”eksyä” synonyymina ja toinen taas ymmärsi sen vain sanan kirjakielisessä merkityksessä. ”Hukkua” -verbin käyttö on voinut harhauttaa myös lapsia heidän käyttämästään puhekielestä riippuen. Ohjeistuksessa yritettiin välttää johdattelua, vaikka jouduimme antamaan lapsille esimerkkejä terveyskeskuksessa otettavista näytteistä. Esimerkiksi koululaiselta voidaan ottaa nielunäyte tai näyte sormenpäästä. Lisäksi toisen piirtävän ryhmän kanssa aikaa oli 15 minuuttia vähemmän ja lapsilta kyseltiin jo piirtämisen lomassa esimerkiksi, ovatko he koskaan käyneet Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Monella oli jo piirustus valmiina tässä vaiheessa, mutta jutustelu saattoi vaikuttaa työrauhaan ja osin myös lasten ideoihin ja näin myös tuloksiin.



Tutkimuksemme tavoite oli kerätä tietoa lasten kokemista peloista kouluterveydenhuollon näytteenotossa ja lasten pelkojen hallintaan käytetyistä menetelmistä. Tämän tavoitteen täyttymiseksi ja tutkimuksen onnistumiseksi yritimme saada lapset ymmärtämään toiveemme piirustuksista. Saimmekin lapset innostumaan piirtämisestä, toiset enemmän ja toiset vähemmän, ja piirustuksista ilmeni juuri toivotunlaista informaatiota. Tavoitteena oli saada pienestä otannasta hajontaa ja tuloksissa näkyikin viidestä pelon tasosta kolmea.

Opinnäytetyömme aihe ei ollut helpoin mahdollinen, mutta koimme sen kiinnostavaksi ja halusimme myös haastaa itsemme. Tutkimuksen toteutuksessa ja piirtämisen ohjeistuksessa olisimme voineet olla huoleellisempia, mutta toisaalta teimme vastaavanlaista tutkimusta ensimmäistä kertaa ja todellisuudessa ohjaustilanteessa voi tulla vastaan myös sellaisia asioita, joihin ei osata ennalta varautua. Kaiken kaikkiaan olemme kuitenkin tyytyväisiä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin ja kokemus on opettanut meille paljon tutkimuksen tekemisestä. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi vei meiltä puolitoista vuotta, mikä antoi meille aikaa työstää teoriaosuutta ja tutkimustuloksia rauhassa. Toisaalta sitä tunsikin loppua kohden jo hieman kiirettä, maaliviivan jo häämöttäessä edessä. Halusimme kuitenkin saattaa työn kunnialla loppuun asti ja tämän toivomme näkyvän myös lopputuloksessa.

## 8.1 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tutkimusprosessin eri vaiheissa. Arvioitavia kohteita voivat olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja nimeäminen, tutkimuksen merkityksen perusteleminen sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti, tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävien nimeäminen, aineiston keruun kuvaus, aineiston analyysi sekä tutkimustulosten raportointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 130–133, 143–155.) Pietarisen (2002) esittämät kahdeksan eettistä vaatimusta tarjoavat hyvän pohjan eettisyyden pohdinnalle. Jokaisen kohdalla on kuitenkin kysyttävä, liittyykö tutkimukseen jotain sellaista, mikä voisi oikeuttaa tai jopa velvoittaa poikkeamaan yleisistä vaatimuksista. *Älyllisen kiinnostuksen vaatimuksen* mukaan tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut informaation hankkimisesta, *tunnollisuuden vaatimuksen* mukaan paneuduttava alaansa, jotta hänen esittämänsä informaatio olisi mahdollisimman luotettavaa ja *rehellisuuden vaatimuksen* mukaan hän ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen. *Vaaran eliminoinnin vaatimuksen ja sosiaalisen vastuun vaatimuksen* mukaan kohtuutonta vahinkoa mahdollisesti aiheuttavista tutkimuksista on pidättäydyttävä ja tutkijan tulee osaltaan vaikuttaa siihen, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. *Julkaisutoiminnan eettisen vaatimuksen* mukaan informaation välittämisessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä ja rehellisuuden vaatimusta. *Ammattinharjoituksen edistämisen ja kollegiaalisen arvostuksen vaatimukset* kehottavat tutkijaa toimimaan tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia ja suhtautumaan kollegoihin arvostavasti.

Opinnäytetyön aihe kehittyi opinnäytetyöhön valmistelewan kurssin aikana, kun yhteinen kiinnostuksen kohde löytyi lasten näytteenotosta. Tutkimuksemme mukaan aiheesta ei ollut tarjolla paljoa tutkimustietoa ja näin ollen myös siitä tehtyjä opinnäytetöitä ei ollut. Tehtävällä tutkimuksella tuntui olevan enemmän merkitystä, kun sitä ei oltu jo kulutettu loppuun esimerkiksi EKG:n tapaan. Uusi ja hieman erikoisempi aihe toimi hyvänä kannustimena läpi opinnäytetyöprosessin. Tutkimuseettisen

neuvottelukunnan (2012, 6) mukaan tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat esimerkiksi rehellisyys ja huolellisuus tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioinnissa sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien soveltaminen. Opinnäytetyön luotettavuuden ja eettisyyden takaamiseksi olemme toimineet hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Käytettyjen tiedonhaun ja tulosten arvioinnin menetelmiä on mahdollisuuksien mukaan avattu ja perusteltu luotettavuuden lisäämiseksi.

Työssä ei käytetty plagioitua tekstiä, vaan muiden työhön ja tutkimuksiin on viitattu opinnäytetyön ohjeiden vaatimalla tavalla. Tietoa haettiin luotettavista ja mahdollisimman ajankohtaisista lähteistä, sekä hyödynsimme opinnäytetyöhön liittyvien eri alojen kirjallisuutta, tutkimuksia ja sähköisessä muodossa saatuja aineistoja. Sekundäärilähteiden käyttö minimoitiin mahdollisuuksien mukaan. Jouduimme kuitenkin käyttämään niitä, koska osa alkuperäisistä lähteistä ei ollut saatavilla. Tiedonhaussa pidimme tärkeänä monipuolisuutta ja haimme uusia lähteitä myös tutustumalla aiemmin tehtyihin terveydenhoitoalan opinnäytetöihin ja muutamiin väitöskirjoihin. Opinnäytetyömme luotettavuus muodostuu käyttämämme lähteiden laadusta ja pyrimme käyttämään lähteitä, jotka eivät olisi yli kymmenen vuotta vanhoja. Tämä ei täysin toteutunut, mutta arvioimme myös vanhemmat lähteemme edelleen luotettaviksi. Artikkelilähteiden ja verkkosivustojen käyttöön kiinnitimme erityistä huomiota, jotta ne olisivat ajantasaisia ja luotettavia. Plagioinnin tarkistukseen käytimme Turnitin-ohjelmaa.

Tutkimuksen suunnittelussa on huomioitu, että se ei aiheuta kohtuutonta vahinkoa tai loukkaa kenenkään ihmisarvoa tai moraalisia arvoja. Tutkimukseen osallistuminen on perustunut täysin vapaaehtoisuuteen ja tietoiseen suostumukseen. Lasten vanhemmilta pyydettiin allekirjoitettu suostumus lapsen osallistumiseen (liite 7), eikä osallistumisesta luvattu rahallista tai materiaalista korvausta. Lapsilla itsellään oli kuitenkin myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Lasten anonymiteettiä kunnioitettiin säilyttämällä piirustukset tutkimuksen ulkopuolisilta henkilöiltä salassa ja käsittelemällä piirustuksia pelkillä numeroilla. Piirustuksista ei käynyt ilmi lasten nimeä, sukupuolta tai sen hetkistä ikää. Myös ammatinharjoituksen ja kollegiaaliset vaatimukset on huomioitu ja olemme suhtautuneet niin muihin ammattiryhmän edustajiin kuin toisiimme arvostavasti ja ymmärtävästi.

Kvalitatiivista tutkimusta tehtäessä on myös huomioitava holistisen harhaluulon eli virhepäätelmän mahdollisuus. Tutkimusprosessin edetessä yksin toimiva tutkija voi olla yhä vakuuttuneempi johtopäätöstensä ja muodostamansa mallin oikeellisuudesta, vaikka näin ei välttämättä ole. Tutkija tulee siis sokeaksi omalle työlleen ja sen virheille. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197.) Parina työskenneltäessä virhepäätelmän mahdollisuus on pienempi, mutta se tulee silti huomioida tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa.

## 8.2 Ammatillinen kasvu

Prosessina opinnäytetyö on laaja ja haastava. Meillä ei kummallakaan ollut aikaisempaa kokemusta opinnäytetyön kirjoittamisesta, minkä takia kirjoittaminen tuntui aluksi vaikealta. Epäselviä tilanteita syntyi, kun kumpikaan ei tiennyt, mistä jatkaa. Onneksi ohjaajamme osasi ja jaksoi neuvoa meitä opinnäytetyön eri vaiheissa. Opintojen lähestyessä loppuaan ja toisen kirjoittajan koulumatkasta johtuen myös henkilökohtaiset tapaamiset jäivät hyvin vähäisiksi. Tätä kuitenkin korvasivat sähköpostin ja matkapuhelimen välityksellä käydyt keskustelut ja päivitykset opinnäytetyön etenemisestä. Harvoista yhteisistä tapaamisista niin opinnäytetyön tekijöiden kuin ohjaajan välillä otettiin kaikki irti ja tällöin työ tuntuikin etenevän harppauksin uusien ideoiden myötä.

Etäisyyksistä johtuen opinnäytetyötä työsti Google Drivessa ja kaikki mahdollinen lähdemateriaali haettiin sähköisessä muodossa. Myös osin tästä syystä tiedonhaun osalta hyödyllisten ja luotettavien lähteiden löytäminen oli haastavaa. Haastavaa oli myös työtämme kuvaavien ja näin ollen hyödyllisimpien hakusanojen miettiminen. Monta hyväksi osoittautunutta lähdettä löytyikin onnekaasta sattumasta, usein toisen lähteen kautta. Vajaa puolet työssä käytetyistä lähteistä on englanninkielisiä ja niiden käyttö toi mukanaan haasteita tekstien sisällön tulkitsemisessa. Toisaalta ne myös kartuttivat sanavarastoa ja kielen hallintaa. Kansainvälisten julkaisujen lukeminen on ehdottomasti helpottanut opinnäytetyön edetessä ja niiden käyttö tulevaisuudessakin on mielestämme tärkeää.

Myös ajankäytön organisoiminen aiheutti omat haasteensa, kun opinnäytetyötä tehtiin muiden opiskelukiireiden ohessa. Suunnitelmallisuutta vaati myös parityöskentely ja tehtävien jako. Työn edetessä oma ja toisen rytmi alkoivat kuitenkin selkeytyä. Kun toinen oli vuodattanut kaikki ideansa, oli aika pitää taukoa ja toisen vuoro jatkaa, oman aikataulunsa sallimissa rajoissa. Eri näkemykset teksteistä ja tekstien ulkoasusta herättivät välillä keskustelua ja tärkeää oli löytää kultainen keskitie ja oppia tekemään kompromisseja. Piirustusten tarkastelu opinnäytetyön asetettujen tavoitteiden perusteella oli mielenkiintoinen ja opettava projekti. Prosessin teemojen hakeminen oli työlästä, mutta tutkimuksen ammatillisen kehityksen kannalta se on ollut kuitenkin hyvin antoisaa. Työn ohella meille kasvoi arvostus kuvallisen ilmaisun käytöstä taideterapeuttisena apuvälineenä. Opinnäytetyön tavoitteiden puolesta työ on mielestämme onnistunut hyvin, ottaen huomioon tutkimusjoukon pienen ja sen, ettei kummallakaan ollut aiempaa kokemusta tai tietoa piirustusmenetelmän käytöstä.

Suomen Bioanalyttikoliitto ry:n (2002) mukaan bioanalyttikon tulee hallita laboratorioprosessin eri vaiheet: preanalyttinen, analyttinen ja postanalyttinen vaihe. Bioanalyttikko arvioi laboratorion palveluprosessin laatua, kehittää ja uudistaa sitä mahdollisuuksien mukaan ja hänellä tulee olla tiedonhankintataitoja, informaatioteknologian osaamista sekä halua kehittää itseään jatkuvasti. Bioanalyttikko toimii laboratoriotutkimusprosessin eri vaiheissa joko moniammatillisessa ryhmässä tai itsenäisesti. Ammatillisen kehityksen kannalta varsinkin tiedonhaun, tiedon käsittelyn, itsenäisen ajattelun ja ongelmanratkaisun taidot ovat kehittyneet opinnäytetyön edetessä. Myös preanalytti-

nen osaamisemme on kehittynyt saadun tiedon myötä ja osaamme ottaa lapsipotilaat entistä paremmin huomioon näytteenottotilanteessa. Lapsipotilaiden huomiointi on mielestämme tärkeä osa bioanalytiikkona toimimista, koska heitä voi tulla vastaan useilla eri bioanalytiikan erityisaloilla aina näytteenotosta kliiniseen neurofysiologiaan. Lopuksi vielä koemme kehittyneemme parina toimimisessa. Opinnäytetyö on prosessina opettanut meille joustavuutta, ymmärrystä ja kompromissien tekoa. Tehdessämme opinnäytetyötä parina paitsi haastoimme toistemme ajatuksia, mutta saimme myös tukea toisiltamme vaikeissa tilanteissa.

### 8.3 Jatkotutkimusaiheet

Mielenkiintoisia jatkotutkimusaiheita voisivat olla juuri ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelot sairaalaympäristöstä ja sairaalassa tehtävistä tutkimuksista piirustusmenetelmällä sekä ensimmäisellä luokalla olevien lasten kouluterveydenhuoltoon liittyvien pelkojen tutkiminen kyselylomaketta käyttäen. Lähdeaineistoa hakiessa löysimme tutkimuksia sairaalapeloista pitkäaikaispotilaiden näkökulmasta sekä haastattelu- että piirustusmenetelmällä. Näissä tutkimuksissa ikäryhmää ei oltu rajattu ensimmäisellä luokalla oleviin lapsiin. Oman tutkimuksemme toteutuksessa taas huomasimme, että 6–7-vuotiaat lapset ovat innokkaita jakamaan ajatuksiaan kirjoittamalla. Vastaavalla tutkimuksella saataisiin lisää tietoa lasten kokemista peloista kouluterveydenhuollon näytteenotossa ja mahdollisesti voitaisiin myös päivittää tietoja lasten pelkojen hallintaan käytettävistä menetelmistä.

## LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

- AHVENAINEN, O. & HOLOPAINEN, E. 2005. Lukemis- ja kirjoittamisvaikeudet – Teoreettista taustaa ja opetuksen perusteita. Jyväskylä: Special Data Oy.
- AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION s. a. About Art Therapy. [Viitattu 2017-11-11.] Saatavissa: <https://arttherapy.org/about-art-therapy>
- ANTTILA, P. 2005. Ilmaisua, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi.
- BARCLAY, K.H. & WHITTINGTON, P. 1992. Night Scares: A Literature-based Approach for Helping Young Children. *Childhood Education* 68 (3), 149–154.
- CLATWORTHY, S. 1981. Therapeutic Play: Effects on Hospitalized Children. *Journal of the Association for the Care of Children's Health* 9, 108–113.
- CLATWORTHY, S., SIMON, K. & TIEDEMAN, M. 1999a. Child Drawing: Hospital Manual. *Journal of Pediatric Nursing* 14 (1), 10–18.
- CLATWORTHY, S., SIMON, K. & TIEDEMAN, M. 1999b. Child Drawing Hospital – An Instrument Designed to Measure the Emotional Status of Hospitalized School-Aged Children. *Journal of Pediatric Nursing* 14 (1), 2–9.
- COYNE, I. 1998. Researching Children: Some Methodological and Ethical Considerations. *Journal of Clinical Nursing* 7 (5), 409–416.
- COYNE, I. 2006. Consultation with Children in Hospital: Children, Parents' and Nurses' Perspectives. *Journal of Clinical Nursing* 15 (1), 61–71.
- CRNKOVIC, M., BRANKA, R. & ZELJKA, C. 2009. Emotions and Experiences of Hospitalized School Age Patients. *Acta Clinica Croatica* 48 (2), 125–135.
- DE JONG, P.F. & VAN DER LEIJ, A. 2009. Effect of Phonological Abilities and Linguistic Comprehension on the Development of Reading. *Scientific Studies of Reading* 6 (1), 51–77.
- FISCHER, K.W., SHAVER, P.R. & CARNOCHAN, P. 1989. A Skill Approach to Emotional Development: From Basic- to Subordinate-Category Emotions. Julkaisussa: DAEMON, W. (toim.) *Child Development Today and Tomorrow*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- FLINKMAN, T. & SALANTERÄ, S. 2004. Leikki-ikäisen lapsen pelot päiväkirurgisessa toimenpiteessä. *Hoitotiede* 16 (3), 121–131.
- FORSNER, M., JANSSON, L. & SÖDERBERG, A. 2009. Afraid of Medical Care: School-Aged Children's Narratives About Medical Fear. *Journal of Pediatric Nursing* 24 (6), 519–528.
- GROSS, J. & HAYNE, H. 1998. Drawing Facilitates Children's Verbal Reports of Emotionally Laden Events. *Journal of Experimental Psychology: Applied* 4 (2), 163–179.
- HALIMAA, S-L. 1996. Lapsen kipua käsittelevät seminaarit. Tieteellinen jatkokoulutus. UEF.
- HAMUNEN, K. 2009a. Kivun mittaaminen lapsilta [verkkojulkaisu]. Julkaisussa: VAINIO, A., KALSO, E. & HAANPÄÄ, M. Kipu. Helsinki: Kustannut Oy Duodecim.
- HAMUNEN, K. 2009b. Kivun esiintyminen lapsilla [verkkojulkaisu]. Julkaisussa: VAINIO, A., KALSO, E. & HAANPÄÄ, M. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- HAMUNEN, K. 2009c. Lasten kivun lääkehoidon järjestely [verkkojulkaisu]. Julkaisussa: VAINIO, A., KALSO, E. & HAANPÄÄ, M. Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- HUOTARI, V. & RISTELI, L. 2016. Laskimonäytteenotto [verkkojulkaisu]. Nordlab. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: [http://www.nordlab.fi/sites/default/files/pdf\\_uploads/laskimonaytteenotto.pdf](http://www.nordlab.fi/sites/default/files/pdf_uploads/laskimonaytteenotto.pdf)
- HUSLAB 2017. Bakteri, nieluviljely, laaja. [Viitattu 2017-05-18.] Saatavissa: <https://huslab.fi/ohje-kirja/4290.html>

- HUTTUNEN, M. 2015. Määräkohteinen pelko (fobia) [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2016-11-03.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00394&p\\_haku=fobia](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00394&p_haku=fobia)
- HUTTUNEN, M. 2016. Määräkohteinen pelko (fobia) [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00394&p\\_haku=fobia](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00394&p_haku=fobia)
- HYÖNÄ, J. & NUMMENMAA, L. 2005. Voiko projektiivisiin testeihin luottaa?. Psykologi [digilehti] 3, 14–16. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: [http://web.archive.org/web/20051026133900/http://users.utu.fi/latanu/PDFs/nummenmaa\\_hyona\\_projektiiviset\\_P\\_05.pdf](http://web.archive.org/web/20051026133900/http://users.utu.fi/latanu/PDFs/nummenmaa_hyona_projektiiviset_P_05.pdf)
- INGMAN, K.A., OLLENDICK, T.H. & AKANDE, A. 1999. Cross-cultural Aspects of Fears in African Children and Adolescents. Behaviour Research and Therapy 37, 337–345.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. 2012. IASP Taxonomy. [Viitattu 2017-01-13.] Saatavissa: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>
- IVANOFF, P., KITINOJA, H., PALO, R., RISKU, A. & VUORI, A. 2001. Hoidatko minua?: Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- JALANKO, H. 2009. Nielutulehdus [verkkojulkaisu]. Duodecim. [Viitattu 2017-05-18.] Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=skl00016#s6](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00016#s6)
- JANHONEN, S. & NIKKONEN, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- JOKINEN, S., KUUSELA, A-L. & LAUTAMATTI, V. 1999. "Sattuuko se?": Lasten kliiniset tutkimukset. 1. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- KANKKUNEN, P. & VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- KIRMANEN, T. 2000. Lapsi ja pelko: Sosiaalipsykologinen tutkimus 5–6-vuotiaiden lasten peloista ja pelon hallinnasta. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-837-8/urn\\_isbn\\_951-781-837-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-837-8/urn_isbn_951-781-837-8.pdf)
- KLEIBER, C. & HARPER, D.C. 1999. Effects of Distraction on Children's Pain and Distress During Medical Procedures: a Meta-analysis. Nursing Research 48 (1), 44–49.
- KOLLER, D. 2008. Child Life Assessment: Variables Associated with a Child's Ability to Cope With Hospitalization. Child Life Council Evidence-Based Practice Statement.
- KOSKELA, M., NAUHA, P. & KURSULA, R. 2014. Nielun streptokokkiantigeeni- ja viljelynäytteet [verkkojulkaisu]. Nordlab. [Viitattu 2017-15-17.] Saatavissa: [http://www.nordlab.fi/sites/default/files/pdf\\_uploads/nielunaytteenotto.pdf](http://www.nordlab.fi/sites/default/files/pdf_uploads/nielunaytteenotto.pdf)
- KURVINEN, A., NEUVONEN, S., SIVÉN, T., VARTIAINEN, J., VIHUNEN, R. & VILÉN, M. 2006. Lapsuus: Erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.
- KYLMÄ, J. & JUVAKKA, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- KYNGÄS, H., ELO, S., PÖLKKI, T., KÄÄRIÄINEN, M. & KANSTE, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2), 138–148.
- LAHIKAINEN, A.R., KRAAV, I., KIRMANEN, T. & TAIMALU, M. 2006. Child-parent Agreement in the Assessment of Young Children's Fears. A Comprehensive Perspective. Journal of Cross-Cultural Psychology 37 (1), 100–119.
- LAKI LAPSEN OIKEUKSIA KOSKEVAN YLEISSOPIMUKSEN ERÄIDEN MÄÄRÄYSTEN HYVÄKSYMISESTÄ. L 1991/59. Finlex. Valtiosopimukset. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910059>

- LAKI POTILAAN ASEMASTA JA OIKEUKSISTA. L 1992/785. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- LAMONTAGNE, L.L., HEPWORTH, J.T., JOHNSON, B.D. & COHEN, F. 1996. Children's Preoperative Coping and its Effects on Postoperative Anxiety and Return to Normal Activity. *Nursing Research* 45 (3), 141–147.
- LEINO-KILPI, H. & VÄLIMÄKI M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- LERKKANEN, M-K., POIKKEUS, A-M. & KETONEN, R. 2007. ARMI- Luku- ja kirjoitustaidon arviointimateriaali 1. luokalle [verkkojulkaisu]. NMI-bulletin 17 (2), 20–25. [Viitattu 2017-09-19.] Saatavissa: [https://www.nmi.fi/fi/bulletin/bulletin-pdf/lerkkanen2\\_2007.pdf](https://www.nmi.fi/fi/bulletin/bulletin-pdf/lerkkanen2_2007.pdf)
- LYYTINEN P. & KORKIAKANGAS, M. 1998. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Porvoo: WSOY.
- LÄÄKEINFO. 2016. Emla emulsiovoide 25/25 mg/g (itsehoito). [Viitattu 2017-09-27.] Saatavissa: [https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=472&d=2011009&i=ASTRAZENECA\\_EMLA\\_EMLA+emulsiovoide+25%2F25+mg%2Fg+\(itsehoito\)](https://laakeinfo.fi/Medicine.aspx?m=472&d=2011009&i=ASTRAZENECA_EMLA_EMLA+emulsiovoide+25%2F25+mg%2Fg+(itsehoito))
- MAHAT, G. & SCOLOVENO, M-A. 2003. Comparison of Fears and Coping Strategies Reported by Nepalese School-Age Children and Their Parents. *Journal of Pediatric Nursing* 18 (5), 305–313.
- MAHAT, G., SCOLOVENO, M-A. & CANNELLA, B. 2004. Comparison of Children's Fears of Medical Experiences Across Two Cultures. *Journal of Pediatric Health Care* 18 (6), 302–307.
- MALCHIODI, C. 2011. Ilmaisuterapiat. (Suom. Kirsi Kankaansivu.) Kuopio: UNIPress cop.
- MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO s.a. a. 6–7-vuotias. [Viitattu 2017-03-29.] Saatavissa: [http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/6\\_7-vuotias/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/6_7-vuotias/)
- MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO s.a. b. 6–7-vuotias. Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys. [Viitattu 2017-03-29.] Saatavissa: [http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/6\\_7-vuotias/persoonallisuus\\_ja\\_tunne-elama/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/6_7-vuotias/persoonallisuus_ja_tunne-elama/)
- MANNERHEIMIN LASTENSUOJELULIITTO s.a. c. 7–9-vuotias, oppiminen ja älyllinen kehitys. [Viitattu 2016-12-05.] Saatavissa: [http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/7\\_9-vuotias/oppiminen/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/7_9-vuotias/oppiminen/)
- MATHEWS, A. 1990. Why worry? The Cognitive Function of Anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 28 (6), 455–468.
- MINKKINEN, L. 1984. Vanhempien kokemuksia pitkäaikaissairaiden ja vammaisten lasten hoitotyöstä Tampereen yliopistollisen sairaalan lastentautien klinikalla. WHO:n hoitotyön keskipitkän aikavälin tutkimus- ja kehittämisohjelman julkaisuja N:o 28. Ohjelman projektiryhmä. Helsinki.
- MOBILY, P.R., HERR, K.A. & KELLEY, L.S. 1993. Cognitive-Behavioral Techniques to Reduce Pain: a Validation Study. *International Journal of Nursing Studies* 30 (6), 537–548.
- MOBILY, P.R., HERR, K.A. & NICHOLSON A.C. 1994. Validation of Cutaneous Stimulation Intervention for Pain Management. *International Journal of Nursing Studies* 31 (3), 533–544.
- NICASTRO, E. & WHETSELL, M. 1999. Children's Fears. *Journal of Pediatric Nursing* 14 (6), 392–402.
- NIKIFOROW, M. 2004. Lasten verinäytteenotto – onko se vakioitavissa? [verkkojulkaisu]. Huslab. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: <http://www.labquality.org/LQ/Pdf.aspx?dir=1&path=B%29%202004%20%20Laaduntarkkailupaivat%2FLasten%20verinaytteenotto%20-%20Nikiforow%20Marja.pdf&type=file&vuosi=2009>
- NIKIFOROW, M., KANGAS, H. & MÄKI, T. 2015. Laskimoverinäytteenotto [verkkojulkaisu]. Huslab. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: [https://huslab.fi/preanalytiikan\\_kasikirja/verinaytteenotto/laskimonaytteenotto.pdf](https://huslab.fi/preanalytiikan_kasikirja/verinaytteenotto/laskimonaytteenotto.pdf)

- NIKIFOROW, M., KANGAS, H. & MÄKI, T. 2017. Ihopistonäytteenotto sormenpäästä [verkkojulkaisu]. Huslab. [Viitattu 2017-05-17.] Saatavissa: [https://huslab.fi/preanalytiikan\\_kasikirja/verinaytteenotto/ihopistonaytteenotto\\_sormenpaasta.pdf](https://huslab.fi/preanalytiikan_kasikirja/verinaytteenotto/ihopistonaytteenotto_sormenpaasta.pdf)
- OPETUSHALLITUS 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2016-10-26.] Saatavissa: [http://www.oph.fi/download/139848\\_pops\\_web.pdf](http://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf)
- PATTERSON, K.L. & WARE, L.L. 1988. Coping Skills for Children Undergoing Painful Medical Procedures. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 11 (2-3), 113–143.
- PELANDER, T. & LEINO-KILPI, H. 2010. Children's Best and Worst Experiences During Hospitalisation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (4), 726–733.
- PIAGET, J. 1972. *Psychology of intelligence*. New Jersey: Littlefield, Adams.
- PIETARINEN, J. 2002. Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Julkaisussa: KARJALAINEN, S., LAUNIS, V., PELKONEN, P. & PIETARINEN, P (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Tammer-Paino. 58–69.
- PÖLKKI, T. 2002. Postoperative Pain Management in Hospitalized Children. Focus on Non-Pharmacological Pain Relieving Methods from the Viewpoints of Nurses, Parents and Children. Kuopion yliopisto. Hoitotieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2017-10-01.] Saatavissa: [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_951-781-936-6/urn\\_isbn\\_951-781-936-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_951-781-936-6/urn_isbn_951-781-936-6.pdf)
- ROBINSON, E.H., ROBINSON, S.L., WHETSELL, M.V. & WEBER, A. 1986. Fear: A Developmental Perspective [esitelmä]. The Annual Meeting of the American Association for Counseling and Development. Los Angeles.
- ROBINSON, E.H. & ROTTER, J.C. 1991. Children's fears: Toward a preventive model. *The School-Counselor* 38 (3), 187–202.
- ROTTER, J. & ROBINSON, E.H. 1987. Coping with Fear and Stress: Classroom Intervention. *International Quarterly* 5 (4), 39–45.
- SAINIO, A. 2012. Sairaalahoidossa olevien lasten ahdistuneisuus – analysointi piirustuksien avulla. Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2016-10-17.] Saatavissa: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47773/Teksti.pdf?sequence=1>
- SALMELA, M., SALANterä, S. & ARONEN, E. 2009. Child-Reported Hospital Fears in 4 to 6-year-old Children. *Pediatric Nursing* 35 (5), 269–303.
- SALMINEN, A. 2005. *Pääjalkainen : kuva ja havainto*. Helsinki: Taideteollinen korkeakoulu.
- SEESKARI, D. 2011. *Taideterapian ja taidepsykoterapian historiaa*. Julkaisussa: LEIJALA-MARTTILA, M. & HUTTULA, K. 2011. *Taidepsykoterapia. Psykoanalyttinen näkökulma*. Porvoo: Bookwell Oy, 29–44.
- SEITAMAA-HAKKARAINEN, P. 2014. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi [verkkojulkaisu]. Metodix. [Viitattu 2017-11-09.] Saatavissa: <https://metodix.fi/2014/05/19/seitamaa-hakkarainen-kvalitatiivinen-sisallon-analyysi/>
- SILVERMAN, W.K., LA GRECA, A.M. & WASSERSTEIN, S. 1995. What do Children Worry About? Worries and Their Relation to Anxiety. *Child Development* 66, 671–686.
- SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ. Kouluterveydenhuolto. [Viitattu 2017-09-19.] Saatavissa: <http://stm.fi/kouluterveydenhoito>
- STEIN, N.L. & JEWETT, J.L. 1986. A Conceptual Analysis of the Meaning of Negative Emotions: Implications for a Theory of Development. Julkaisussa: IZARD, C.E. & BEARD, P.B. (toim.) *Measuring Emotions in Infants and Children*. Cambridge Studies in Infant and Children. Cambridge University press: Cambridge. 238–267.



STORVIK-SYDÄNMAA, S., TALVENSAARI, H., KAISVUO, T. & UOTILA, N. 2012. Lapsen ja nuoren hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

SUOMEN BIOANALYYTIKKOLIITTO RY. 2002. Laboratoriohoitajan, bioanalyytikon ammatinkuvaus [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-09.] Saatavissa: <http://www.bioanalyytikko-liitto.fi/@Bin/30485/Ammatinkuvaus+esite.pdf>

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS 2016. Lapsen osallisuus. [Viitattu 2017-01-13]. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lasten-osallisuus>

THE BRITISH ASSOCIATION OF ART THERAPISTS s. a. What is art therapy?. [Viitattu 2017-11-11.] Saatavissa: <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>

TUTKIMUSEETTINEN NEUVOTTELUKUNTA 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2017-11-02.] Saatavissa: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

UNICEF s.a. Mikä on lapsen oikeuksien sopimus? [Viitattu 2017-04-07.] Saatavissa: <https://www.unicef.fi/lapsen-oikeudet/mika-on-lapsen-oikeuksien-sopimus/>

URDANG, L. & FLEXNER, S. 1988. The Random House College Dictionary, Revised ed. New York: Random House Inc.

UUSITALO, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma: johdatus tutkielman maailmaan. Porvoo: WSOY.

VILKKO-RIIHELÄ, A. 1999. Psykye: Psykologian käsikirja. Porvoo: WSOY.

WAHLBECK, L. 2011. Lapsen piirtämisen ja kuvallisuuden kehittyminen. Julkaisussa: LEIJALA-MARTTILA, M. & HUTTULA, K. 2011. Taidepsykoterapia. Psykoanalyttinen näkökulma. Porvoo: Bookwell Oy, 313–326.

WIKSTRÖM, B-M. 2005. Communicating via Expressive Arts: The Natural Medium of Self-Expression for Hospitalized Children. *Pediatric Nursing* 31 (6), 480–485.


























YLEISSOPIMUS LAPSEN OIKEUKSISTA. L 1991/60. Finlex. Valtiosopimukset. [Viitattu 2017-04-07.] Saatavissa: [http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060\\_2](http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1991/19910060/19910060_2)

## LIITE 1: PIIRUSTUSTEN PISTEYTYS

PIIRUSTUKSEN NUMERO	PISTEET OSIESTA A	PISTEET OSIESTA B	PISTEET OSIESTA C	PISTEET YHTEENSÄ
1	40	5	5	50
2	24	0	1	25
3	39	10	1	50
4	35	0	1	36
5	58	5	4	67
6	21	0	6	27
7	23	0	1	24
8	49	0	3	52
9	33	0	2	35
10	31	0	3	34
11	41	0	3	44
12	36	0	5	41
13	54	0	5	59
14	37	0	4	41
15	40	0	4	44
16	19	0	8	27
17	47	0	5	52
18	33	0	4	37
19	37	0	3	40
20	37	0	3	40
21	31	0	3	34
22	36	5	2	43
23	39	0	5	44
24	46	5	3	54
25	24	0	3	27
26	27	0	4	31
27	59	10	7	76
28	38	0	3	41
29	29	0	2	31
30	26	5	2	33
31	34	10	4	48
32	31	0	3	34
33	36	0	2	38

PIIRUSTUKSEN NUMERO	PISTEET OSIESTA A	PISTEET OSIESTA B	PISTEET OSIESTA C	PISTEET YHTEENSÄ
34	37	0	3	40
35	32	10	3	45
36	27	0	3	30
37	37	10	3	50
38	32	0	5	37
39	29	0	3	32

## LIITE 2: CD:H -PISTETAULUKON OSION A PISTEYTYYS

SECTION A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Position of person	Standing - grounded	Standing - not grounded	Standing with crutches	Standing on bed	Sitting in chair	Sitting in bed	Sitting in bed, covered	Lying in bed	Lying in bed, covered	Floating or no person
2. Action - Life	Visibly moving		Person or picture lively		Shows some life		Potential for movement	No movement, but life		Rigid, no life
3. Length of person	Body tall, occupies whole paper	Tall body appropriate to picture	Short body appropriate to picture		Short people, bodies exposed		Very small, constricted people	Upper torso only	Head only, body covered	Floating head, no body
4. Width of person related to length	Width appropriate to length	Width slightly reduced compared to length	Width thin compared to length, clothed	Body thin, not clothed, or appropriate, but not clothed	Appropriate body size, covered	Stick figures with clothing	Stick figures, no clothing	Very thin body or stick figure, covered	Ambiguous body shapes	No body, floating head, no evidence of body under covers
5. Facial expression	Smile 		1/2 smile 		Neutral 			1/2 Frown 	Frown 	No face, no expression
6. Eyes/pupils	 		 		 	Piercing 	Pin point 	Closed 	Vacant, unseeing 	No eyes
7. Size of person in comparison to environment	Appropriate size		Medium to small		Small			Very small		Tiny, overwhelmed
8. Color predominance	Yellow		Green		Blue	Orange	Purple	Brown	Red	Black
9. Number colors used	8	7	6		5	4	3		2	1
10. Use of paper	All		3/4		1/2			1/4		Restricted 1/8
11. Placement on paper										
12. Quality of strokes	Firm, dark		Dark, some light		Medium, equal light and dark			Light		Very light
13. Hospital equipment	None included		Proportional in size		Slight increase in size			Larger equipment		Large and threatening
14. Developmental level	Above normal		Normal		Slightly below normal		Below normal			Markedly below normal

© Clatworthy, 1985

(Clatworthy ym. 1999a.)

## LIITE 3: CD:H -PISTETAULUKON OSIIDEN B JA C PISTEYTYS

## Child Drawing: Parts B &amp; C

## PART B

Add 5 points for each of the following:

## 15. Omission of one body part

Hand on one side, but not the other. All persons should have body, head with a face with eyes and mouth, arms with hands and legs with feet. After age 7, should also have nose, hair, and ears. If the body part is under covers, do not count as missing part. Do not count ears as missing if covered by hair. Do not score omission of one part if you score omission of two or more parts.

## 16. Exaggeration of a body part

One leg is much larger than the other. Also, score if head or body is exaggerated.

## 17. Deemphasis of a body part

One arm is much smaller than the other. Also score if head or body is smaller.

Add 10 points for each of the following:

## 18. Distortion

A body part is distorted or disconnected. Whole body is misshapen.

## 19. Omission of two or more body parts

Two hands, two eyes, or one hand and one foot are missing.

## 20. Transparency

Organ showing through the skin (bones, heart, etc.) at any age. Body part showing through clothing or blanket or any other transparency after the child is 9 years of age.

## 21. Mixed profile

In a profile two eyes, two ears are seen after the child is 10 years of age.

## 22. Shading

Coloring over a body part which does not indicate clothing or skin color. Also may be seen as a different color extremity. Coloring in all or part of background (i.e., sky, ground, etc.) is scored as shading.






























## PART C

The gestalt is the overall sense the picture portrays to the scorer.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Coping				Light stress			Stressed		Disturbed
Realistic, pleasant, bright, well-proportioned, confident, happy				Less pleasant, some distortion of size, less bright and cheerful			Constricted, inhibited, drab, sad, scared		Overwhelmed, disorganized with sad, defeated feelings, bizarre

(Clatworthy ym. 1999a.)

## LIITE 4: SUOMENNETTU OSION A PISTEYTYS

Osio A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Hahmon asento	Seisoo tukevasti	Seisoo	Seisoo, kainalo-sauvat	Seisoo sängyllä	Istuu tuoliilla	Istuu sängyllä	Istuu sängyllä, peitelty	Makaa sängyllä	Makaa sängyllä, peitelty	Leijuu tai ei hahmoa
2. Toiminta-elävyys	Nähtävästi toimintaa		Hahmo tai kuva elävä		Hieman toimintaa		Mahdollista toimintaa	Ei toimintaa, mutta elävä		Jäykkä, ei elämää
3. Hahmon pituus	Pitkä hahmo, peittää koko paperin	Pitkä hahmo, kuvaan sopiva	Lyhyt hahmo, kuvaan sopiva		Lyhyet hahmot, vartalot esillä		Hyvin pienet hahmot	Vain ylävartalo	Vain pää, vartalo peitetty	Leijuva pää, ei vartaloa
4. Hahmon leveys verrattuna pituuteen	Leveys sopii pituuteen	Hieman hoikka verrattuna pituuteen	Hoikka, vaatteet päällä	Hoikka, ei vaatteita tai sopiva, mutta ei vaatteita	Sopiva koko, vartalo peitetty	Tikkuhahmot vaatteilla	Tikkuhahmot, ei vaatteita	Hyvin hoikka tai tikkuhahmo, peitetty	Epäselvä vartalo	Leijuva pää, ei näkyvää tai peitettyä vartaloa
5. Kasvojen ilme	Hymy 		1/2 hymy 		Neutraali 			1/2 suru 	Suru 	Ei kasvoja, ei ilmettä
6. Silmät/pupillit	 		 		 	Lävistävä 	Pistävä 	Suljettu  	Näkemättömät 	Ei silmiä
7. Hahmon koko verrattuna ympäristöön	Sopu-suhtainen		Keskiverto tai pieni		Pieni			Hyvin pieni		Pikkuruinen
8. Vallitseva väri	Keltainen		Vihreä		Sininen	Oranssi	Violetti	Ruskea	Punainen	Musta
9. Värien määrä	8	7	6		5	4	3		2	1
10. Paperin käyttö	Koko paperi		3/4		1/2			1/4		Rajoitettu 1/8
11. Kuvan asettelu		 					 	 		
12. Piirustusjäljen laatu	Varma, tumma		Tumma, hieman vaaleaa		Yhtä paljon tummaa ja vaaleaa			Vaalea		Hyvin vaalea
13. Tutkimusvälineet	Ei tutkimusvälineitä		Kooltaan tasapainoiset		Hieman isot			Isot välineet		Isot ja uhkaavat
14. Kehitysaste	Hyvin kehittynyt		Normaali		Hieman alle normaalin		Alle normaalin			Merkittävästi alle normaalin

## LIITE 5: SUOMENNETTU OSIOIDEN B JA C PISTEYTYKS

## Suomenettu CD:H -mittari: Pääosio B

Pisteytys 5 pisteellä	Pisteytys 10 pisteellä
15. Kehon osan poisjäänti: Kaikilla hahmoilla tulee olla vartalo, pää, kasvot silmillä ja suulla, käsivarret ja jalat. Ei lasketa, jos useampi kehon osa puuttuu.	18. Kuvan vääristymä: Kuvassa kehon osa on vääristynyt tai irtonainen. Keho on epämuodostunut.
16. Kehon osan liioittelu: Pään, kehon ja kehon osion liioittelua	19. Kahden tai useamman kehon osan poisjäänti: Kaksi tai useampi kehon osa puuttuu, esimerkiksi kaksi kättä tai käsi ja jalka.
17. Kehon osan pienuus: Pään, kehon ja kehon osien pienuus	20. Läpinäkyvyys: Ihon läpi näkyvät elimet, kuten sydän tai luut.
	21. Sekava profiili: Arviointi jätetty pois.
	22. Varjostus: Kehon osan yli väritys värillä, joka ei viittaa ihon tai vaatteiden väriin.

## Suomennettu CD:H -mittari: Pääosio C

Pisteytetään kuvan yleisilme 1-10 pisteellä			
1 piste = selviytyjä	5 pistettä = kevyt stressi	8 pistettä = stressi	10 pistettä = häiriintynyt
Kuva on realistinen, miellyttävä, valoisa, sopusuhtainen ja onnellinen	Kuva on vähemmän miellyttävä, hieman vääristymää koossa, vähemmän valoisa ja iloinen	Kuva on pidättyväinen, ikävä, surullinen ja pelokas	Kuva on sekasortoinen, häkellyttävä ja omituinen. Kuva välittää surullisuutta ja kukistettuja tunteita

## LIITE 6: SUOMENNETTU CD:H -PISTETAULUKKO

**Pistetaulukko****Osio A**

- |                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| 1. Hahmon asento                      | ___ |
| 2. Toiminta-elävyys                   | ___ |
| 3. Hahmon pituus                      | ___ |
| 4. Hahmon leveys verrattuna pituuteen | ___ |
| 5. Kasvojen ilme                      | ___ |
| 6. Silmät/pupillit                    | ___ |
| 7. Hahmon koko verrattuna ympäristöön | ___ |
| 8. Vallitseva väri                    | ___ |
| 9. Värien määrä                       | ___ |
| 10. Paperin käyttö                    | ___ |
| 11. Kuvan asettelu                    | ___ |
| 12. Piirustusjäljen laatu             | ___ |
| 13. Tutkimusvälineet                  | ___ |
| 14. Kehitysaste                       | ___ |

**Osion A pisteet yhteensä** \_\_\_**Osio C**

Ympyröi piirustuksen yleisilmettä kuvaava numero

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 \_\_\_

**Osio B**5 pistettä

- |                            |     |
|----------------------------|-----|
| 15. Kehon osa puuttuu      | ___ |
| 16. Kehon osan liioittelua | ___ |
| 17. Kehon osan pienuutta   | ___ |

10 pistettä

- |                               |     |
|-------------------------------|-----|
| 18. Vääristymä                | ___ |
| 19. Useampi kehon osa puuttuu | ___ |
| 20. Läpinäkyvyys              | ___ |
| 21. Sekava profiili           | ___ |
| 22. Varjostus                 | ___ |

**Osion B pisteet yhteensä** \_\_\_**Yhteispisteet A + B + C =**

(Clatworthy ym. 1999a)



## LIITE 7: VANHEMPIEN LUPA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISEEN



01.01.2017 Savonia AMK  
Elisa Rinne & Nina Partanen

Hei,

Olemme toisen vuoden bioanalytiikan opiskelijoita Savonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme Nilsin yhtenäiskoulun ala-asteella opinnäytetyön aiheesta **Ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelot kouluterveydenhuollon näytteenotossa - Analysointi piirustus menetelmällä.**

Tarvitsemme luvan lastenne mukanaolosta. Työ toteutetaan yhdessä opettajan kanssa niin, että lapsenne piirtävät asiat paperille aiheeseen varatun oppitunnin aikana. Lopuksi vastaamme lapsia mahdollisesti askarruttaviin kysymyksiin näytteenottoihin liittyen.

Materiaalit tulevat vain meidän käyttöön. Pidämme alkuperäiset piirustukset.

**Elisa Rinne**

Elisa.Rinne@edu.savonia.fi  
puh. 040 5880289

**Nina Partanen**

nina.partanen@edu.savonia.fi  
puh. 0445603918

-----  
Leikkaa tämä osa lapselle mukaan.

Oppilaan nimi: \_\_\_\_\_

Luokka: \_\_\_\_\_

Opettaja: \_\_\_\_\_

Olen mukana : \_\_\_\_\_

En ole mukana : \_\_\_\_\_

Päiväys:           Huoltajan allekirjoitus ja nimen selvennys:

Kiitos yhteistyöstä!

Nina ja Elisa

## LIITE 8: REHTORIN LUPA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA


**SAVONIA**

**OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS**  
**02.03.2017**

Anomme lupaa suorittaa Nilsin Yhtenäiskoululla aineiston keruun liittyen opinnäytetyöhän "Ensimmäisellä luokalla olevien lasten pelot kouluterveydenhuollon näytteenotossa – Analysointi piirustusmenetelmällä". Työn tekijänä ovat Savonia-ammattikorkeakoulun bioanalytiikka-opiskelijat Nina Partanen ja Elisa Rinne.

Opinnäytetyössä käytettävissä lasten piirustuksissa ei ilmaista tekijän nimeä, ikää, sukupuolta tai luokkaa. Opinnäytetyössä yhteistyökoulu ilmoitetaan Nilsin Yhtenäiskouluna.

KOULU: NILSIN YHTENÄISKOULU

KOULU ANTAA LUVAN OPINNÄYTETYÖN SUORITTAMISELLE:

KYLLÄ X EI \_\_\_\_\_

LUVAN ANTAJAN NIMI, ASEMA JA ALLEKIRJOITUS:

Simo Saarelman, REHTORI



PÄIVÄYS JA PAIKKAKUNTA:

Kuopio, 4.3.2017 

Nina Partanen  
nina.partanen@edu.savonia.fi  
puh.044 5603918

Elisa Rinne  
elisa.rinne@edu.savonia.fi  
puh.040 588289

Savonia-ammattikorkeakoulu | PL 6, 70201 Kuopio | www.savonia.fi